Nr. 7. 15. lutego 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

K. ORZECHOWSKI i W. MITKUS. Warszawa.

O postaci parkinsonowskiej guzów okolicy przysadki i lejka obok uwag o symptomatologji guzów wnętrza III. komory.

Z kliniki neurologicznej Uniw. Warsz.

Uwagi, które tutaj zamierzamy poruszyć, nasunęły się nam w ciągu długotrwałej obserwacji jednego charakterystycznego przypadku. Wnioskom, które zresztą nasuwały się same przez się, dostarczyła poważnego oparcia sekcja przypadku. Z zestawienia wreszcie strony klinicznej i anatomiczno-topograficznej z materjałem kazuistycznym nagromadzonym w piśmiennictwie i własnym z dawnych lat, doszliśmy do poglądu, pozwalającego wydzielić pewną szczególną postać nowotworów okolicy przysadkowo-lejkowej. Z drugiej strony roztrząsania nasze powinny, tak się nam zdaje, rzucić pewne światło na właściwości kliniczne i anatomiczno-topograficzne guzów wnętrza III. komory, któremi dotąd neurologja zajmowała się niewiele i bez szczególnych wyników.

Przypadek nasz dotyczył chorej R. około 40-o letniej, wolnej, z zawodu praczki. Wywiady mają ograniczoną wartość z powodu otępienia chorej. Tyle można było ustalić, że początek choroby przypada na pewien czas przed wojną. Wówczas powoli zaniewidziała na prawe oko. W pewien czas potem poczęły się zjawiać czasem bóle głowy, zawroty, niekiedy wymioty i chora przestała miesiączkować. Od lipca 1921 bóle głowy stały się silniejsze i częstsze, w tym też czasie zauważyła osłabienie wzroku na lewem oku. Poważniejszych chorób nie przechodziła, nigdy nie była w ciąży. Do kliniki neurologicznej przyjęta we wrześniu 1921.

S t a n p r z e d m i o t o w y: Wzrost raczej mały. Twarz robi wrażenie eunuchoidalnej, jest ona o chłopięcym wyrazie, za szeroka z powodu dużej fałdy jarzmowo-podocznej, odrzynającej się wgłębieniem od drugiej fałdy w okolicy przyusznic. Fałdy te wypełnione miękawą tkanką tłuszczową, wytworzone są przez skórę bardzo rozciągliwą (*cutis laxa*). Wybitne podgardle. Nos hakowaty. Oczy lekko skośne są osadzone za szeroko. Powieki: górne brunatnawe, dolne o stalowym kolorycie. Zresztą twarz blada. Uszy nieforemne, przyrośnięte. Obwód czaszki 55, później 56 cm. Podniebienie twarde, wąskie, wysokie. Badanie gardła, nosa i krtani (dr. T r y j a r s k i) stwierdziło stosunki prawidłowe. Zęby zgryzione. Gruczoł tarczowy prawidłowy. Ogólne wrażenie osoby otyłej. W rzeczywistości grube fałdy tłuszczowe są tylko na tułowiu i brzuchu i sutki są duże, kończyny natomiast dość smukłe. Waga ciała 59 kg., doszła później do 62 kg. (Okresowo duży apetyt, wprost żarłoczność). Poza pewną nadmierną ilością włosów na kończynach, uwłosienie zresztą wszędzie prawidłowe.

Narządy wewnętrzne bez zmian poza niewielkiem powiększeniem wątroby. Tętno 60. Krew (przeciętny wynik szeregu badań): C. cz 4,500.000. hmg. 90. wsk. 0.9. C. b. 5.000. wieloj. 57%. l. m. i d. 34.50%, przejść. 5%, mon. 0.25%, kwasochł. 3%, tucz. 0.25%. Ilość dobowa i składniki moczu prawidłowe, poza nieznacznem wzmożeniem ilości urobiliny. Po podaniu dextrozy cukier w moczu się nie pojawia. Zastrzyknięcie jadów wegetatywnych nie dało żadnych wyników godnych uwagi. Odczyn Bordeta-Wassermanna z krwi i cieczy m. rdz. stale ujemny. Ciecz mózgowo-rdzeniowa pod wzmożonem ciśnieniem, limfocytów 4—13, białko w prawidłowej ilości, Nonne Appelt to dodatni to ujemny.

Zdjęcia roentgenowskie wykazały z początku ścieńczenie nierównomierne czaszki z wybitnemi odciskami palczastemi, wyrostki klinowate zatarte, skrócone. W późniejszym czasie obserwacji ścieńczenie czaszki i odciski występowały coraz wybitniej, i w coraz donioślejszych rozmiarach uwydatniało się niszczenie siodełka tureckiego.

Z początkiem 1923 wykonano odmę czaszkową przy użyciu 90 cm³ powietrza w okresie znacznego pogorszenia stanu chorej. Zdjęcia poodmowe wykazały znaczne wodogłowie prawej komory, zupełny brak powietrza w trzeciej i lewej komorze i w rowkach mózgowych. Od trzeciego dnia po odmie wybitna poprawa trwająca niespełna 2 tygodnie. W trzy tygodnie po pierwszej wykonano drugą odmę dnia 3 II. Na początku zabiegu ciśnienie cieczy m. rdz. 380 mm. Upuszczono cieczy 110 cm³, wtłoczono powietrza 100 cm³. Ciśnienie cieczy przy wtłaczaniu powietrza podniosło się do 420 mm i na tej wysokości utrzymywało się do końca. Zdjęcia wykazują teraz wodogłowie komory III-ej i obu bocznych. Rowki nigdzie się nie zaznaczają. Dnia 13. IV. wykonano odmę po raz trzeci. Początkowe ciśnienie cieczy m. rdz. 300 mm. tętno 114, upuszczono cieczy 105 cm³, wtłoczono powietrza 98 cm³. Ciśnienie cieczy m. rdz. po każdej porcji wpuszczonego powietrza stale się podnosiło i tak: po pierwszych 10 cm³ powietrza wynosiło 400, po następnych 450, 500, 550 (!), 600 (!), końcowe ciśnienie 550 mm. Tętno przez cały czas zabiegu 90, pełne, parcie krwi bez zmiany. Chora zniosła zabieg równie dobrze jak poprzednie. Zdjęcia wykazują bardzo znaczne wodogłowie obu komór bocznych, natomiast brak wypełnienia powietrzem komory III. i przestrzeni nadkorowych. Wpływu tej odmy i poprzedniej na stan ogólny chorej nie było.

Pod względem psychicznym otępiała w wysokim stopniu chora przedstawia objawy, które czasem nasilają się, czasem występują mniej jaskrawo. Ze stałych objawów obserwuje się bardzo znaczne zaburzenia pamięciowe (zupełnie nic nie wie o wydarzeniach od czasu wojny, ledwie trochę pamięta czasy rosyjskie), prawie zniesioną zdolność do zapamiętywania, dezorjentacje co do czasu i miejsca. W stanach pogorszenia występują zamroczenia z zupełną dezorjentacją także co do otoczenia, połączone ze złudzeniami, sądzi, że jest w pralni, musi coś robić z bielizną i t. p. W nocy czasem stany niepokoju, wtedy kłóci się z chorymi, grozi im pobiciem. Zostawiona samej sobie jest zresztą zwykle pogodna, zadowolona, nie skarży się samoistnie, uśmiecha bez powodu i dowcipkuje często (na pytanie jak się miewa, odpowiada pytaniem: »Jak pan się miewa?«, ona sama »czuje się jak groch przy drodze« i t. p.). Łatwo się irytuje czegokolwiek, a stale przy badaniach, co w części tłumaczy się przeczulicą bolesną chorej przy wszelkiem dotknięciu. Często zmyśla, (była w kościele, biła chore). W stanach polepszeń próbuje pomagać, zająć się czemś, wtedy podaje historję rozwoju swego cierpienia z niewielkiemi tylko sprzecznościami.

Stan nerwowy przedstawiał w ciągu dwuletniej obserwacji również duże wahania. Przytem z obrazu chorobowego wydzielić można pewien nie zmieniający się prawie trzon objawowy obok obrazu powstającego w czasie pogorszeń. Stale spostrzegało się u chorej skłonność do senności, wybitniejszą we dnie niż w nocy. Siła mięśniowa wszędzie dostateczna. Odruchy ścięgnisto-okostnowe prawidłowe. O p p e n h e i m po lewej stronie, tutaj także skrzyżowany, objawu Babińskiego brak. Stały stan hypertonji w stawach barkowych i biodrowych (tutaj zwłaszcza ze strony przywodzicieli), w stawach tych istnieją już skrócenia mięśniowe, bo wszystkie ruchy bierne wykazują pewne zmniejszenie prawidłowej rozpiętości. W stawach nadgarstkowych i skokowych raczej pewna hypotonja. Często samoistne ułożenie grzbietne lewego palucha. Odczyny przeciwnicze patologicznie wygórowane przy stałym braku przez cały czas odruchów zatrzaskowych. Hypertonja ma charakter plastyczny na dolnych kończynach, a zębiasty na górnych. Sporadycznie występują drżenia, zwłaszcza przy zapoczątkowaniu ruchów, ustające przy ustaleniu kończyny. Drżenia te na kończynach górnych przybierają czasem charakter drobnej brachykinezy, wyjątkowo ujawnia kciuk drżenie w rodzaju kręcenia pigułek. Przy chodzie typowa postawa parkinsonowska tułowia i dolnych kończyn, górne kończyny są jednak wolne od »związania« pozapiramidowego. Chód o bardzo drobnych często szybkich krokach, w wyniku więc zawsze powolny. Przewracanie się w łóżku na boki i wstawanie z krzesła utrudnione. Siada na krzesło również z trudnością, wreszcie pada na nie bezwładnie. Co do objawów pozapiramidowych należy podkreślić wyraźną ich przewagę na dolnych kończynach, z drugiej strony większe nieco nasilenie ich na lewych kończynach w porównaniu z prawemi. Pozatem ma chora uderzającą przeczulicę skóry na całem ciele, zwłaszcza na ból, zimno i ciepło, utrudniającą wielce badania lekarskie.

Nerwy czaszkowe: Upośledzenie węchu, szczególnie po prawej stronie. Dno oka prawego: Zanik nerwu wzrokowego, brak poczucia światła. Źrenica prawa nie oddziaływa na światło. Oko lewe: W pierwszym półroczu pobytu na klinice tarcza zastoinowa, która potem ustąpiła bez pozostałości. Bystrość wzroku ośrodkowo — 1. Połowica ślepota skroniowa z zachowaniem przyśrodkowego widzenia w połowie skroniowej od góry. Dopiero w drugim roku obserwacji wytworzył się powoli zanik brodawki l. nerwu wzrokowego z wahaniami bystrości wzroku między $^5/_6$ a $^5/_{10}$. Zaznaczony niedowład spojrzenia w lewą stronę. Nadwrażliwość prawego nerwu przedsionkowego. Nerwy opuszkowe prawidłowe.

Z objawów sporadycznie spotykanych u chorej należy wymienić: Skurcze rytmiczne, drobne m. skroniowego lewego i lewych skrzydlikowych z odpowiednimi ledwie dostrzegalnymi ruchami bocznymi żuchwy. Skurcze m. skroniowego dają przy osłuchiwaniu czaszki złudzenie szmeru tętniącego, zbliżo-

nego częstością do tętna płodowego. Objawy móżdżkowe: padanie w tył, nieraz bezwzględne, mimo parkinsonowskiego przechylenia tułowia ku przodowi i mimo równoczesnej skłonności do propulzji. To padanie w tył góruje również nad odczynami padania przy wykonywaniu prób przedsionkowych. Czasem dysmetrja mierna obustronna w górnych kończynach, częściej w lewej.

W ciągu obserwacji stany polepszenia i pogorszenia przeplatały się wielokrotnie. Naogół czas trwania pogorszeń był dłuższy, wybitne polepszenia zdarzały się jednak do ostatka. Zmiany stanu neurologicznego szły zawsze w parze ze zmianami stanu psychotycznego. W stanach znaczniejszych pogorszeń występowała na pierwszy plan stała senność, wśród której chora zanieczyszczała się moczem i kałem. Także zasypia pozostawiona na chwilę w spokoju podczas badania. Rozbudzona ujawnia kataleptyczne zachowanie się w ruchach kończyn i tułowia. Zresztą leży w niezmienionej pozycji, z kolanami zgiętymi i udami zupełnie przywiedzionymi Nawet wówczas, gdy leżąc z zamkniętymi oczyma daje sprawne odpowiedzi, więc nie śpi, nie próbuje żadnego ruchu. Przy ruchach biernych stwierdza się niemal zewsząd przykurcze pozapiramidowe, także w górnych kończynach, a przykurcze te w karku, kręgosłupie, stawach biodrowych i lewym barkowym nie dają się niemal przewalczyć. Dłonie są przeważnie ułożone w typowy daszek. Posadzona lub przytrzymana w pozycji stojącej pada bezwładnie ku tyłowi. Nawet popychana, nie jest w stanie zrobić kroku. Czasem pogorszenia nie są tak ciężkie. Wówczas przeważnie wprawdzie leży, lecz czasami usiłuje usiąść, a nawet chodzić, opierając się na szczotce lub przytrzymując sprzętów. Chodzi robiąc minimalne kroki, przesuwając stopy po podłodze, od czasu do czasu zastyga nieruchomo. Przykurcze są w tym czasie mniej intenzywne Zanieczyszcza się tylko moczem. Stany polepszeń przedstawiają się w ten sposób, że chodzi nawet bez oparcia, zawsze drobniutkimi krokami, przechylona silnie naprzód, ze zgiętymi kolanami Ruchy czynne i bierne w karku i tułowiu są dość swobodne. Brak wybitniejszego padania w tył i propulzji. Przewracanie się na boki, siadanie i wstawanie odbywa się niedołężnie, wśród przerw i zastygań, jest jednak możliwe. Ruchy kończynami górnymi wogóle nie robią wrażenia nieprawidłowych. Przykurcze i wzmożenia odczynów antagonistycznych wyrażone są tylko w lekkim stopniu. W tych okresach chora zwykle się nie zanieczyszcza.

W ostatniem półroczu życia chorej wszyscy, którzy ją znali, mieli wrażenie, że jej głowa się powiększyła. Pomiar obwodu czaszki, którym zresztą nie zamierzamy popierać tego spostrzeżenia, wykazywał rzeczywiście jakoby przybytek o 1 cm (56 cm).

W danym przypadku rozpoznanie guza wychodzącego z okolicy przysadki nie nasuwało żadnych wątpliwości. Wyjaśnienia wymagał natomiast zespół pozapiramidowy. Nie mógł on być wynikiem przygodnego powikłania z inną sprawą. Jako taką mogliśmy mieć na myśli zapalenie nagminne mózgu. Nie wchodziło ono w rachubę z powodu zbyt zwalniającego przebiegu, a poniekąd także z powodu za słabego wyrażenia objawów pozapiramidowych w kończynach górnych i niemal zupełnego zaoszczędzenia nerwów opuszkowych. Zespół pozapiramidowy musiał więc być wyłącznie zależnym od guza. Przytem trudno było przypuszczać zniszczenie zwojów podstawnych wobec znacznych wahań w przebiegu chorobowym. Pozostawało jedyne przeto przypuszczenie, że guz, wrastając do III. komory, wywiera stąd ucisk sam przez się na zwoje podstawne, albo też działa na nie ujemnie, wskutek wodogłowia, które wywołuje. Ucisk mający swe źródło w wodogłowiu III. komory, tłumaczył wreszcie przeczulicę chorej, jako objaw wzgórkowy. Odma potwierdziła nasze przypuszczenia, wskazując przytem, że objawy należy raczej uzależniać od dużego wodogłowia dotyczącego także III. komory, niż wprost od guza. Przytem stwierdziliśmy raz niedrożność lewego otworu Monroego. Guz więc musiał zmieniać swój kształt lub wielkość, skoro raz zaczopowywał otwór lewy Monroego, a kiedyindziej nie dosięgał tego otworu. Prawdziwy guz III. komory, wychodzący z wyściółki lub ze swoju naczyniówkowego, szypułowaty i z tego powodu przemieszczający się, nie mógł wchodzić w grę z powodu głębokiego zniszczenia siodełka. Wreszcie wodogłowie znacznego stopnia tłumaczyło zespół Korsakowa, jako wyraz znacznego upośledzenia funkcyj kojarzących kory mózgowej, przywartej ściśle w skutek wodogłowia wewnętrznego do opony twardej. Upośledzenie to pierwszy swój zaczątek bierze z chwilą zaburzenia krążenia nadkorowego cieczy i wśródadwentiejalnego, do czego zawsze prowadzić musi wodogłowie, zanim pocznie się działanie jego, niszczące tkankę mózgową. Nawiasem tylko potrącamy tutaj o ten szczegół, powołując się na fakt, że wszystkie sprawy w najlżejszym stopniu zaburzające krążenie cieczy korowej wywołują przedewszystkiem zespół amnestyczny. Na to wskazują doświadczenia kliniczne przy nowotworowatości rozlanej opon, przy zapaleniach opon mózgowych (Zandowa), przy krwotoku pajęczynówkowym (Goldflam), i przy odmie mózgowej (Tołłoczko-Przyradzka). Stąd czerpie w pierwszej linji swój początek zespół Korsakowa przy guzach mózgu.

Z powodu otępienia chorej nie mogliśmy obiecywać sobie dużo po doszczętnym zabiegu chirurgicznym, który był zresztą zdaniem naszem, niewykonalny wobec usadowienia guza nietylko w siodełku, lecz i w III. komorze. Samoistne cofnięcie się tarczy zastoinowej u chorej zachęciło nas natomiast w późniejszym okresie pogorszenia do zalecenia zabiegu odbarczającego Cushinga, nakłucie Antona Bramana w danym przypadku wydawało nam się bowiem szczególnie niebezpiecznem. Przy rozpoczęciu innego zabiegu, wybranego bez naszej wiedzy chora umarła.

Sekcja: W narządach wewnętrznych nic szczególnego. Mózg nie powiększony, chełboczący, zwoje poszerzone, rowki zatarte. W okolicy przysadki, której śladu nie znaleziono, znajduje się guz zrosły z podstawą kostną, od której trzeba go było na tępo oddzielić. Siodełko zupełnie zniszczone, na jego miejscu jama (3 cm < 2 cm). Po lewej stronie dach zatoki klinowej nierówny, po prawej duży ubytek, brak po tej stronie także ściany bocznej zatoki, tak, że ołówek przechodzi z łatwością z jamy czaszkowej do nosa. Stok Blumenbacha ścieńczały. Część guza pozostała przy mózgu odpowiada wielkości dużej śliwce. Powierzchnia nierówna, drobno guzkowata. Na przekroju obok części zbitych, spotyka się miejsca kaszowate i szereg drobnych i większych torbieli. Po stwardnieniu w formolu okazuje się, że powierzchnia dolna guza nawet tam, gdzie on nie wydawał się przyrośnięty, więc w okolicy zasiodełkowej, jest szarpana, zresztą guz pokryty jest przeważnie cienką otoczką tkankołącznową, dającą się oddzielić. Długość na podstawie 5 cm, szerokość od 2 3 cm. Koło tętnicze Wiliza, zachowane w całości, mieści się między podstawą mózgu, a guzem, który rozrasta się pod niem. Przedni skraj guza odpowiada płaszczyźnie biegunów płatów skroniowych, tylny sięga po brzeg mostu; płaty skroniowe są odchylone na boki. Przednia część guza przyrasta powrózkami do tylnej części podstawy i łata czołowego, ponadto wypukla się tutaj drobny uchyłek III. komory, tylna część nie jest przyrosła. Po jednej i drugiej stronie guz obrasta i przyprawia o przypłaszczenie tętnice szyjne wewnętrzne i mózgowe przednie. Nerwy galkoruchowe napięte w łuk po bokach guza, są wszystkie zachowane. Nerw węchowy prawy zniszczony, lewy bardzo ścieńczały. Z nerwu wzrokowego prawego znajduje się w guzie tylko strzęp powrózkowaty, zaróśnięty, lewy obrośnięty lecz wcale dobrze zachowany, skrzyżowanie bardzo ścieńczałe wskutek naporu guza, który w tem miejscu wypukla jedną swą partję ku górze, do wnętrza III. komory.

Po przecięciu czołowem mózgu w okolicy guza, i strzałkowem spoidła dużego, stwierdza się, że całe wnętrze III. komory zajęte jest przez guz chełboczący o powierzchni pod wpływem formolu sfałdowanej. Przegroda przeźroczysta przemieszczona na lewo, strop ścieńczały, zwoje naczyniówkowe zachowane. Długość guza 4 cm, szer.: $1\frac{1}{2}$—2 cm. Guz wypukla się na boki, powierzchnia górna płaska, schodzi się ze ścianami bocznemi pod kątem prostym, przyczem tworzy rodzaj listewki, będącej odciskiem kąta między przyczepem przesłony naczyniówkowej, a powierzchnią górną wzgórka wzrokowego. Krawędź ta ku przodowi od strony lewej kończy się wolno guziczkiem wielkości grochu, który wtapia się w rozszerzony lewy otwór Monroego, stanowiąc jego odcisk. Po stronie prawej krawędź górna guza kończy się tuż przy prawym otworze Monroego, także rozszerzonym i jest tu zrosła ze stropem. Zresztą guz nigdzie nie przyrasta, od strony lewej oddziela go na całej wysokości rowek od ściany przyśrodkowej wzgórka, od prawej można go z góry oddzielić tylko do połowy wysokości wzgórka wzrokowego. Jeśli dodamy, że tylna część guza popielatego i ciała sutkowate znaleźliśmy zachowane i że na powierzchni guza dokomorowej stwierdziliśmy histologicznie przybłonek wyściółkowy, widzimy, że guz znaleziony na podstawie, rozrastając się ku górze tuż od przodu skrzyżowania nerwów wzrokowych, wynicował ku wnętrzu III. komory okolicę lejkową, pozostawiając w swojem miejscu tylko najprzedniejszą część podstawy komorowej, odpowiadającą mniej więcej uchyłkowi wzrokowemu, a z tyłu część tylną guza popielatego. Przytem powiększanie się guza od lewej strony dokonywało się wśród równoczesnego wydęcia ku górze dna III. komory, natomiast po stronie prawej guz przemieszczał tylko część przyśrodkową wzgórka i podstawy komorowej równomiernie ku górze. Guz rozszerzał na boki komorę III. ze ścianami jej się nie zrastając, zostawiając wolną znaczniejszą przestrzeń po stronie lewej, a prawdopodobnie tylko szczelinę, między swą górną powierzchnią, a uniesionem ku górze sklepieniem. Dosięgał on tylko do otworów Monroego nie wrastając do komór bocznych. Do następstw guza należy znaczne wodogłowie komór bocznych bardzo wybitne rogów tylnych, najmniejsze dolnych. Wodogłowie komory prawej wyraźnie przeważa, w odciąg Sylvjusza do

okolicy wejścia w most jest silnie rozszerzony. Poduszki wzgórka i zwoje podstawne znacznie odchylone na boki. Na przekroju zwojów podstawnych i wzgórków nie można nic szczególnego zauważyć, o zaniku jednak jąder ogoniastych świadczy sfałdowanie ich powierzchni wyściółkowej, która tworzy około 10 bróżd i listewek poczynających się w okolicy rogów przednich i gubiących się ku tyłowi pod naczyniówką.

Badanie histologiczne stwierdziło raka wychodzącego z komórek przedniej części przysadki, który nie dawał przerzutów. W szczególności nie było ich nigdzie w ścianie III. komory, ani w splotach naczyniówkowych, ani w oponach.

Z przedstawionych stosunków anatomicznych wynika, że guz naszego przypadku rozwijał się w jednej stronie na podstawie mózgu w siodełku i ku dołowi, niszcząc otoczenie kostne i wdzierając się tu po przez jamę klinową do jam sitowych, z drugiej strony wypierając ku górze dno III. komory rozrósł się w niej aż do stropu i do granicy komór bocznych. Z historji choroby wynika, że niszczący rozrost guza ku kostnej podstawie dokonał się w najpóźniejszym okresie chorobowym. Za tem przemawia brak z początku wyraźniejszych zmian roentgenologicznych, ujemny wówczas wynik badania rinologicznego, wreszcie ustąpienie tarczy zastoinowej w tym okresie choroby wskutek odbarczenia, które guz sobie stworzył samoistnie wybijając otwór w dnie siodełka. Pierwotny rozrost guza szedł dokomorowo. Z tą okolicznością należy też wiązać te wszystkie wczesne objawy, które zwykłemu zespołowi guza przysadki nie odpowiadają, więc objawy pozapiramidowe, wzgórkowe, ponadto może przebieg zwalniający i w pewnej mierze objawy psychiczne i śpiączkowe z tego choćby powodu, że nasilenie ich i poprawy ścisłą wykazywały przynależność z grupą objawów pozapiramidowo-wzgórkową. Objawy te odnosimy jednak nie wprost do guza komorowego, a do wodogłowia wszystkich komór i rogów. Wodogłowie komór bocznych przez ucisk i to, jakby wynikało ze stosunków anatomicznych, przedewszystkiem na jądro ogoniaste, wywołało zespół pozapiramidowy wyrażony najwybitniej na kończynach dolnych. Objawy przeczulicy wzgórkowej zależały głównie od wodogłowia III. komory. Objawy śpiączkowe i psychiczne są wogóle właściwe większym guzom III. komory, o ile dosięgają przesłony naczyniówkowej (odnogi, tela chorioidea) (W e i s e n b u r g), a to właśnie miało miejsce z guzem naszego przypadku.

Z kolei musimy się zastanowić, czy opisany przypadek jest wyjątkowym przykładem niezwykłego rozrostu guza przysadki i stąd kombinacji z objawami zresztą niespotykanemi, czy też należy się w nim dopatrywać pewnego ogólniejszego typu rozrostu anatomicznego i szczególnego typu klinicznego guzów okolicy przysadki względnie lejka Odpowiedzi na to zagadnienie szukać należy z jednej strony w danych anatomicznych, z drugiej strony w kazuistyce klinicznej guzów przysadki.

Przegląd kazuistyki anatomo-patologicznej dowodzi, że większość guzów okolicy przysadki t. j. z przysadki lub z lejka wychodzących, byle nie dających zespołu akromegalicznego, rozwijając się pozasiodełkowo wyrasta ku górze, w kierunku ku III. komorze. Dno trzeciej komory może być przytem tylko nieznacznie uniesione, albo guzy zajmują pewną znaczniejszą część III. komory od dołu, albo wreszcie przerastają ją zupełnie w kierunku pionowym, dosięgają jej dachu t. j. przesłony naczyniówkowej. Na tym właśnie fakcie rozrostu dokomorowego oparł pierwszy E r d h e i m teorję nerwowego, lejkowego, a nie przysadkowego pochodzenia objawów dystrofji tłuszczowo płciowej, tem więcej, że w pewnej grupie przypadków guz mógł wogóle upośledzać tylko lejek, przysadka bowiem była, i makroskopowo i histologicznie, nietknięta. O ile chodzi o wyjaśnienie niezwykłej grupy objawów towarzyszących naszemu zespołowi przysadkowemu, interesuje nas tutaj tylko trzecia grupa guzów przysadki, dorastających do stropu, bo te przedewszystkiem mogą wywołać wodogłowie komór przez ucisk na żyły Galena zawarte w przesłonie naczyniówkowej. Jako guzy duże, mają one tem samem przebieg kliniczny raczej przewlekły. W wywołaniu objawów pozapiramidowo-wzgórkowych decyduje niemal z reguły ucisk i to ucisk pośrednio wywołany, przez wodogłowie wewnętrzne, bo guzy te, nawet gdy mają histologiczne cechy złośliwości, zachowują się jak guzy dobrotliwe, tkanki nerwowej nigdzie niemal do końca nie atakując. Dobrotliwość ich idzie tak daleko, że nawet nie przeżerają one, podobnie jak w naszym przypadku, cienkiej podstawy III. komory, którą, rozciągniętą tylko i zanikłą, stwierdza się zazwyczaj w całości jako zewnętrzną otoczkę guzów. Ponieważ guzy te są nierzadko torbielowato zwyrodniałe, zdarzały się też omyłki tego rodzaju, że część guza przysadkowego, która w postaci dużej torbieli wypełniała III. komorę, brano za znaczne rozszerzenie wodogłowiem tej komory.

Jako przykłady anatomiczne tego typu guzów przytaczam ze starszego piśmiennictwa przypadki Z e n k e r a, S e l k e g o, C o r n i l a - R a n v i e r a, niektóre B o v c e - R a e d l e'a, I l m o n i e g o, S a x e r a, H ö h l a, cztery pierwsze przypadki E r d h e i m a (w tegoż monografji, Über Hypophysenganggeschwülste, Wiedeń 1904 znajdują się dane bibljograficzne co do prac, których źródła tutaj nie podajemy), z nowszej, drugi przypadek B r e g m a n a - S t e i n h a u s a (Journal de Neurologie 1906), C u e l a (Rev. Neur. 1924. T. I. 564) i C u s h i n g a przyp. II., III., V., XVII., (The pituitary body and its disorders), T h o m a s - J ü m e n t i é - C h a u s s e b l a n c h e'a (R. N. 1923. T. 11. str. 67), S i e d l e c k i e j (Prace Zakł. Anat. Pat. U. W. T I.), wreszcie moje przypadki R. i Kab. Wyliczoną została tu zapewne część tylko przypadków, bo uwzględnialiśmy te tylko, w których obok odpowiednio dużego guza komorowego było obecne wedle przedstawienia także wodogłowie komór. W wielu pracach brak, niestety, wzmianki o zachowaniu się komór, a nawet niema podanych w przybliżeniu rozmiarów części komorowej guza, z rysunków jednak można wnosić, że guz wypełniał ku górze całą komorę. Także C u s h i n g pomija w swojej monografji te szczegóły mimo ich doniosłości dla chirurga. Z dużem też prawdopodobieństwem można dodać jeszcze do tej kazuistyki anatomo-patologicznej przypadki: T a l k i (Medycyna 1873), P e c h k r a n z a, F a h r a, W a g n e r a, K. W i l s o n a (przyp. 2., Brain 1906, str 527), G l o b u s a (ref. w Z. f. d. g. N. u. Ps. T. 31., str. 141). S c h ü k r y'e g o (2. przyp., Z. f. d. g. N. u. Ps. T. 86. str. 488), trzy przypadki C u s h i n g a omówione na zebraniu neurologów w Paryżu 1922, L e r e b o u l l e t - M o u z o n - C a t h a l a (R. N. 1921. str. 154), C l a u d e - S c h o e f f e r a (R N. 1921, str. 24).

Wśród tych przypadków z których jedne na pewne, inne prawdopodobnie dopełniały warunków anatomicznych rozrostu z okolicy lejkowo-przysadkowej aż po strop, spotykamy prawie z reguły guzy Erdheimowskie wychodzące z resztek przewodu przysadkowego, przez innych pojmowane jako szkliwiaki (H o r n o w s k i, S i e d l e c k a), przez C u s h i n g a określanych także jako guzy wychodzące z resztek kieszonki Rathego. Do wyjątków od tej reguły należy nasz przypadek zwykłego raka przysadki. Anatomicznie mają guzy przysadkowe charakter brodawczaków, częściej raków płaskokomórkowych, które jednak przez cały czas swego rozwoju, zapoczątkowującego się w okresach życia bardzo wczesnych przebiegają przeważnie dobrotliwie dopiero ku końcowi życia ujawniając klinicznie i anatomicznie cechy złośliwości. Guzy te mają cenną dla klinicysty właściwość, że dzięki dużej zawartości soli wapniowej, w odróżnieniu od innych guzów, dają się często rozpoznać za życia jako takie, więc jako guzy przewodu przysadkowego. Te ich cechy podniósł pierwszy ze stanowiska anatomicznego Erdheim, a jako pierwsi wyzyskali ją roentgenolodzy A l g y o g y i S a b a t. W pokaźnym odsetku tych właśnie guzów przysadki, znajdowano torbiele, wielo i jednokomorowe. Pęknięciem torbieli i wylaniem treści do wnętrza III. komory, tłumaczyć sobie należało nagły skon wśród zresztą znośnego stanu zdrowia w 2-ch przyp. guza przysadki z praktyki prywatnej, z których jeden był poprzednio z pomyślnym wynikiem operowany przez O. L i t w i n o w i c z a drogą klinową w r. 1915, a później w okresie rozrostu donosowego z widocznym wynikiem naświetlany przez W r a b e t z a (1916). (Dok. nast.)

(Dok. nast.)

Dr. W. JANUSZ, asystent. Lwów.

Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Zakładu: Prof. dr. W. Nowicki.

(Ciąg dalszy).

Na razie pobieżny przegląd liczb zebranych protokołów sekcyjnych upoważnia nas do przychylenia się do zdania Redlicha, według którego liczba sekcyj rakowych nie wykazuje skłonności do znaczniejszego wzrostu lub spadku. Przeciwnikami tego poglądu są niektórzy autorowie francuscy i szwajcarscy, którzy podkreślają wyraźne względne zwiększenie się liczby schorzeń rakowych.

Dla przykładu przytoczę tylko liczbę ze statystyki m. Zurichu, wedle której liczba śmierci z powodu raka przedstawia się w latach 1896—1915, jak następuje:

Rok	Mężczyzn	Kobiet	Razem
1896—1900	— 360	— 365	— 725
1901—1905	— 367	— 484	— 851
1906—1910	— 433	— 537	— 970
1911—1915	— 539	— 637	— 1176
Razem . . .	1639	2023	3722

Według statystyki szwajcarskiej na 10.000 ludności za przeciąg 1881—90 zmarło na raka średnio 10,9,% w 1891 1900—12,3 %; 1900—1905 — 12,9 % i w latach 1906 1910 12,6.% Ten wzrost śmiertelności rakowej jeszcze bardziej się uwidoczni, jeśli przyjrzymy się tabeli, wykazującej w poprzednich latach przyczynę zgonów wogóle, a ułożonej wedle czterech ugrupowań: Do pierwszej grupy, jako przyczyna śmierci, należy gruźlica, do drugiej — schorzenia serca i naczyń, do trzeciej — zaburzenia przewodu pokarmowego i do czwartej grupy — schorzenia rakowe. W latach ostatnich układ wyżej przytoczonego ugrupowania przyczyny śmierci wyraźnie się zmienił, ilość bowiem schorzeń rakowych tak silnie się wzmogła, że, jako przyczyna śmierci, zajęła 2-gie miejsce w tej tabeli, opieka zaś nad dzieckiem zrobiła tak znaczne postępy, że złagodziła przerażającą liczbę dziecięcych zgonów, przesuwając się tem samem na miejsce czwarte. Boris również zwraca uwagę na wzrost śmiertelności z powodu raka; ułożył on nawet wykaz największych państw kuli ziemskiej, w których zaznacza się stopniowy wzrost ilościowy zgonów z powodu raka.

Krytyczne jednak rozpatrzenie powyższych danych przy uwzględnieniu warunków, w jakich one zostały zebrane mogą przekonać, że o istotnym wzroście schorzeń rakowych trudno mówić, wskazują one więcej na pozorne wzmożenie się śmiertelności z powodu raka. I tak Boris podzielił wszystkie nowotwory złośliwe na dwie główne grupy: nowotwory narządów zewnętrznych i nowotwory narządów wewnętrznych i stwierdził, że w pierwszym dziale nie daje się zauważyć zwiększenie śmiertelności, natomiast w drugiej grupie występuje znaczne wzmożenie się przypadków. W tej grupie do niedawna liczby zachorzeń rakowych były nieznaczne i dopiero ostatnie lata, ukoronowane nowemi zdobyczami djagnostyki różniczkowej, zwiększyły wybitnie liczby powyższe. Na dowód istotnego powiększania się ilości zgonów z powodu raka odnoszą Kolb, Riechelmann, Mäder przedłużającą się długowieczność ludzką, która z postępem rozwoju zarządzeń higjenicznych jest coraz większa.

Problem wzrastania liczby zachorowań na raka szczegółowo rozważany jest przez amerykańskiego badacza Hoffman'a z należytem uwzględnieniem czynników, określających miejscowe różnice w procentach śmiertelności i mniej lub więcej sprzeczne argumenty, oraz pozornych lub faktycznych dowodów wzrostu częstości zachorowań na raka, jako wynikających z różnic w stopniu zachorowania (ciężkości lub lekkości) wskutek poważnych błędów w rozpoznawaniu lub oczywistych omyłek w wykazach rodzajów śmierci. Toteż bez wahania wysnuwa on wniosek, że wzrost liczby zachorowań na raka na całym świecie jest niezaprzeczalnym faktem i absolutnie dowiedzioną rzeczą. Argumenty przeciwne są, zdaniem jego, wynikiem szeregu błędów i sprzeczności statystycznych. W związku z tem autor utrzymuje, że nowoczesne amerykańskie statystyki życiowe można porównać ze statystykami śmiertelności europejskiemi, przyjąwszy, że bezwzględna ścisłość nie jest zasadniczym wymogiem ze względu na cel, ani też nie da się ona osiągnąć wśród zrozumiałych warunków. Przybliżona prawda, jako wykryta przez badanie, w ścisłej zgodzie z prawem »wielkich liczb«, w zupełności usprawiedliwia wniosek, że śmiertelność z powodu raka wzrasta w stosunku mniej lub więcej niepokojącym w całym świecie cywilizowanym i że ten wzrost zawiera w sobie jaknajpoważniejsze następstwa, obecnie i w przyszłości, dla dotyczących ludów. Bez względu na zasadnicze trudności co do dokładnego rozpoznania i ścisłej klasyfikacji, należy przyjąć, że metoda statystyczna jest godna zaufania i nader pożyteczna; wskazuje ona, bodaj w przybliżeniu, na dążność do wzrostu śmiertelności z raka w całym świecie cywilizowanym. Autor dla swoich wniosków wyzyskał sprawozdania urzędowe co do + 26% ludności całego świata. Stwierdza on, że ta znaczna suma ogólnych informacyj co do śmiertelności z powodu raka wystarcza do udowodnienia daleko sięgającego wniosku, że groźba raka w całym świecie cywilizowanym jest daleko poważniejsza, niż to dotąd przypuszczano.

Z niemieckich autorów zastanawiał się nad tą sprawą Redlich, który w monografji swej poświęcił nawet cały ustęp sprawie wzrostu lub zmniejszenia się ilości raka. Autor ten wnioskuje, że, o ile rzeczywiście zachodzi liczebny wzrost zachorzeń rakowych, to jest on znacznie mniejszy i zaznacza się przeważnie przesunięciem liczb w poszczególnych narządach. Podobne wnioski dadzą się wyciągnąć również z naszych zestawień z Zakładu anatomji patol. U. J. K., i tak na ogólną ilość zebranych przypadków stwierdzono raka w poszczególnych narządach:

	U Nowickiego:	U mnie:
w żołądku	4,4	4,45
« jelitach	4,3	9,3
» woreczku żółc.	4,0	4,4

Ogólnie powtarzające się zjawisko wyraźnego wzrostu liczby raka przewodu pokarmowego, zwłaszcza żołądka, daje się potwierdzić także na naszym materjale, chociaż, co prawda, tylko bardzo nieznacznie; wybitniej zwiększa się ilość raków w jelitach. Natomiast wybitnie spada ostatniemi laty liczba raka kobiecego narządu rodnego, zwrócili już na to uwagę Feilchenfeld i Redlich. U Nowickiego 14,2, u mnie 11,8. Różnicę o całe 2,4 należy uważać za rzecz znamienną, a wszelką przypadkowość możnaby wykluczyć.

Co się tyczy płci, to ze spostrzeżeń moich wynika, że częstsze występowanie raka zaznacza się wśród mężczyzn, aniżeli wśród kobiet. Co zgadza się ze spostrzeżeniami wielu autorów. Nowicki wykazał na 366 raków 179 u mężczyzn t. j. 49% i 187 u kobiet t. j. 51%, moje zestawienia wykazują 448 u mężczyzn t. j. 53,9% i 383 u kobiet t. j. 46%. Reichelmann na 711 przypadków raka stwierdził to schorzenie u 362 mężczyzn i 349 kobiet, Feilchenfeld na ogólną ilość raków 507 miał mężczyzn 253 i 254 kobiet, Redlich na ogólną ilość 496 miał mężczyzn 283 i 213 kobiet, Bejach na 692 przypadków miał 315 mężczyzn i 377 kobiet.

Paryska statystyka, podana u Menetrier w podręczniku »Nouveau traité de médicine« (Paris 1908 r. p. 495) podaje, że na 10.000 ludności stwierdzono raka u kobiet w 13,1%, i u mężczyzn w 8,2%. Aschoff (idem) na 4.574 przypadków raka stwierdził u mężczyzn 1838 i u kobiet 2.736. Frief (idem) na 5.424 zmarłych z powodu raka spostrzegał 2.003 przypadków u mężczyzn i 3.621 u kobiet. Reichman dla m. Warszawy podaje w okresie czasu od r. 1884 do 1903 statystykę, obejmującą 868 przypadków raka, wśród których było 661 przypadków u mężczyzn i 207 u kobiet. W piśmiennictwie lekarskiem zauważa się szereg statystyk z wręcz odmiennem zestawieniem. I tak H. Nowes podaje w Zeitschr. f. Krebsf. 1909 Bd. VII statystykę Portugalji z r. 1904, z której dowiadujemy się że na 1.188 zmarłych z powodu raka spostrzegano 741 przypadków u ko-

biet i 447 u mężczyzn. W Hiszpanji w r. 1902 zmarło 182 kobiet i 116 mężczyzn. W Niemczech w r. 1900 na ogólną ilość śmiertelności 12.178 z powodu raka stwierdzono schorzenie to u 7.725 kobiet i u 4.453 mężczyzn, a w Hollandji na 882 przypadków raka było 506 kobiet i 376 mężczyzn.

Według statystyki Toiczkina dla m. Petersburga w okresie czasu od r. 1901 do r. 1910 na 100 mężczyzn zmarłych z powodu raka przypada 122 kobiety.

Petrow, w książce swojej podaje dane dra Lipskiego, który zebrał materjał statystyczny m. Petersburga za lata 1886 po 1906 r. i stwierdził na 100 zgonów z najrozmaitszych przyczyn śmierć z powodu raka:

W 1886 – 1890 r.	mężczyzn	2,16%	—	kobiet	4,0 %
» 1891 – 1895 r.	»	2,54%	—	»	4,52%
» 1896 — 1900 r.	»	2,68 %	—	»	4,06%
» 1901 — 1905 r.	»	2,84%	—	»	4,4 %
1906 r.	»	2,5 %	—	»	4,1 %.

A zatem, opierając się głównie na własnych spostrzeżeniach statystycznych, musimy stwierdzić, że schorzenia rakowe w naszym materjale występują częściej, u mężczyzn aniżeli u kobiet.

Co do wieku chorych na raka, to dane nasze niewiele się różnią od badań podanych w piśmiennictwie lekarskiem. Jako przeciętny wiek należy przyjąć rok 45. U Nowickiego w 366 przypadkach było powyżej 50 lat 199 przypadków, poniżej 166; w naszem zestawieniu na 831 przypadków raka było powyżej 50 lat 392 przypadków, a poniżej 439, co mogłoby potwierdzać zdanie niektórych autorów, zwłaszcza chirurgów, że rak coraz więcej posuwa się ku wiekowi młodszemu.

Według statystyki Reichmann'a na 868 schorzeń rakowych 9 przypadków było w wieku od lat 10 do 30, 59 przypadków w latach od 30 do 40, 189 przypadków w latach od 40 do 50 i 611 raków w wieku ponad 50 lat, przyczem najstarszy wiekiem dotyczył chorego 88 lat, najmłodszy — 12 lat. Dane Towarzystwa lekarskiego w Szwecji w sprawie przeprowadzonej ankiety schorzeń rakowych stwierdzają, że ilość zachorowań na raka, poczynając od 20—25 lat, stopniowo się wzmaga, aż do 60-ciu lat, następnie maleje do 65—70 lat dla obydwojga płci, aby znowu od lat 70 w górę wzrosnąć aż do maximum i dalej znowu spada. Według Toiczkina statystyka m. Petersburga, obejmująca materjał od roku 1901 po r. 1910, stwierdza, że najwcześniejsze przypadki raka przypadają na wiek 16—20, w którym spostrzegano 18 przypadków u mężczyzn i 11 u kobiet.

W następnych dziesięciolecìach zauważa się zwiększenie się ilości raków dla obydwojga płci, która dochodzi do najwyższych liczb w wieku od 51—60 lat, dając 1989 przypadków wśród mężczyzn i 1998 wśród kobiet. Powyżej 60 lat ilość schorzeń rakowych zmniejsza się z każdem dziesięcioleciem.

Statystyki Riechelmann'a, Feilchenfeld'a, Redlich'a i Bejach'a wykazują nieznaczne wahania ilościowe w poszczególnych latach, z których nie można wyciągnąć wniosków co do wzrostu lub spadku ilości raków.

Zestawienie naszych przypadków raka co do częstości szczegółowego usadowienia tego schorzenia oraz co do wieku osobników niem dotkniętych przedstawia się najdokładniej w tabeli Nr. I. oraz w tabeli Nr. II.

Podobnie, jak w innych okolicznościach, tak również w umiejscowieniu raka możemy dopatrzeć się pewnej systematyczności, którą Nowicki wyprowadza w swojem zestawieniu w następującym porządku: żołądek, macica, przełyk, odbytnica, woreczek żółciowy, jelito grube, jajnik, drogi żółciowe, oskrzela, trzustka; w mojem zestawieniu porządek ten występowania był następujący: żołądek, kobiece narządy rozrodcze, jelita, oskrzela, przełyk, drogi żółciowe, sutek, krtań, trzustka i t. d. Wszyscy autorowie zgodnie stwierdzają, że rak przewodu pokarmowego jest najczęstszym zarówno w klinice, jak i na stole sekcyjnym, a, według Lubarsch'a, 2 razy częściej pojawia się u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Podobny wniosek możemy wyprowadzić także z naszego materjału, w którym jest mężczyzn 255 czyli 30,8% i 115 kobiet, czyli 13,4%, w stosunku zaś do ogólnej liczby sekcyj 13.976 odsetek dla raków żołądka wynosi 2,6%, u Nowickiego odsetek ten wynosi 2,29%. Różnica raka żołądka u mężczyzn i kobiet u Nowickiego wynosiła przeszło 20% w stosunku do całej liczby raków żołądka i to na korzyść mężczyzn, w mojem zestawieniu wynosi ona 17,4%. P. Frangenheim dla mężczyzn podaje odsetek częstości zachorzenia rakowego żołądka na 60% i dla kobiet 40%. Omawiając raka żołądka godzi się wspomnieć o miejscach jego usadowienia, w których najczęściej się pojawia. W mojem zestawieniu najczęściej stwierdza się raka w części odźwiernikowej i wpustowej, następnie w krzywiźnie małej, w dnie żołądka i w ścianie tylnej. W 370-ciu rakach żołądka zestawienia mojego porządek liczebny, uwzględniający poszczególne przypadki, części żołądka i płeć, przedstawia się:

Część żołądka:	Odźwiernik	Wpust	Krzywizna mała	Dno	Krzywizna duża	Ściana tylna
Mężczyzn:	149	39	22	7	5	4
Kobiet:	75	30	4	2	4	—
Razem:	224	69	26	9	9	4

A w 27-miu przypadkach rak obejmował żołądek w całości, przeważnie w postaci raka włóknistego. Widzimy z tego, że na 370 raków żołądka w części odźwiernikowej wydarzyło się w 26,9%, w wpuście 8,2%, w krzywiźnie mniejszej 3,12%, w dnie oraz w krzywiźnie większej po 1%, na ścianę tylną wypada 0.48%.

Raka żołądka stwierdza się najczęściej u ludzi między 41 a 50 rokiem życia, między 50 a 60-tym r. rak jest mniej częstym, w tym wieku jednak spotyka się go jeszcze dość często. Poniżej lat 30 rak żołądka staje się już rzadkością, chociaż w mojem zestawieniu w wieku 21—30 r zanotowano 15 przpadków, a nawet jeden przypadek, dotyczy mężczyzny poniżej 20 lat.

Co do rodzajów postaci anatomicznych raka żołądka, w materjale zebranym przeze mnie stwierdzono wśród 370 przypadków raka wrzodziejącego 149 czyli w 40,3% raków żołądka; raka włóknistego rozlanego (*carcinoma scirrhosum diffusum*) 27 razy czyli 7,3%, ograniczonego 28 razy czyli 7,4%, raka rdzeniastego (*carcinoma medullare*) 110 razy czyli 29,4%, gruczolakoraka (*adeno carcinoma*) 7 razy czyli 1,8%, raka grzybiastego (*carc noma fungosum*) 5 razy czyli 1,3 i wrzód rakowy (*ulcus carcinoma*) 44 razy czyli 11,8%. W 5 przypadkach obok raka żołądka stwierdzono wrzód żołądka, w 4 przypadkach stwierdzono obok bujania nowotworowego brodawczaki niezależne od tła nowotworowego i w jednym przypadku obok raka żołądka większy naczyniak jamisty wątroby, a w drugim polip tłuszczowy osierdzia.

Mayo, Moynihan i Robson podają, że rak żołądka najczęściej rozwija się na tle wrzodu okrągłego żołądka i określają dla materjału swego klinicznego odsetek 59—71%. Według Konjetzny'ego, który się opiera na badaniach anatomo-patologicznych zdarza się częstość bujania rakowego *ex ulcere* w 10%, włączając w to przypadki wątpliwe. Według Häberlin'a odsetek tych raków wynosi zaledwie 7%, jeszcze mniejsze liczby podaje Kassner, który wśród 429 przypadków raka żołądka stwierdził tylko 14 przypadków istotnego wrzodu raka, czyli 3,3%, w 30 przypadkach związek ten był wątpliwy czyli w 6,9%.

Niemieccy klinicyści, jak Anschütz (*und* Konjetzny *Die geschwülste des Magens. Deutsche Chirurg 1921 r.*) w ostatnich czasach są na stanowisku, że etjologja owrzodzeniowa raka żołądka jest o wiele częstsza niż dawniej przypuszczano, zwłaszcza, gdy wysunięto teorję szkoły Aschoffa, o anatomo-mechanicznem pochodzeniu wrzodów żołądka. Ewald uważa, że liczba ta zbliża się do 25%, a Payer w pracy »*Zur operativen Behandlung des runden Magengeschwueres*« *Wien med. Woch. 1910 r.* wypowiada zdanie, że częstość zwyrodnienia rakowego na tle owrzodzeń, na którą on i inni zwracają uwagę, wydawała się wielu autorom za

przesadną, a przecież widocznie bardziej zbliżona jest do prawdy, aniżeli mały odsetek, podawany przez przeciwników. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego o wrzodzie, przechodzącym w bujanie rakowe, mamy prawo mówić tylko wtedy, gdy w obrazie drobnowidowym albo też gołem okiem stwierdzimy częściowe zniszczenie brzegów oraz bujanie nowotworowe tych miejsc. Jestto najcharakterystyczniejsza oznaka (H a u s e r — *Zur Frage von der Krebsigen Entartung des chronischen Magengeschwüres. M. med. W. 1910. Nr. 23,*), że rak powstaje na tle owrzodzenia, a obecność bliznowaciejącej tkanki we wszystkich warstwach owrzodzenia przemawia za przewlekłym przebiegiem sprawy.

Niekiedy spostrzega się w żołądku tak znaczny rozpad nowotworu, który może wystąpić w postaci częściowego zniszczenia, nawet w rakach o nieznacznych rozmiarach, co wprost uniemożliwia ścisłe stwierdzenie rozpoznania prawidłowego.

I tak K o n j e t z n y podaje opis przypadku powstania ropnia w nowotworze rakowym żołądka, w następstwie którego przyszło do oddzielenia tkanki rakowej i zupełnego oczyszczenia. Podobna ewentualność może w mniejszym lub większym stopniu spowodować rozpad nowotworu rakowego i przyczynić się do utrudnienia w pierwotnem rozpoznaniu. Również inni autorowie, jak B i l l r o t h, Z i e g l e r, D a h m e n i inni dowiedli, że rozpad nowotworu sięga niekiedy tak daleko, że nawet badanie mikroskopowe nie jest w stanie wykazać obecności ognisk rakowych. Według D a h m e n'a wrzody mogą nawet zabliźnić się, a przerzuty dopiero w wątrobie mogą naprowadzić na pierwotne źródło raka. K o n j e t z n y, S c h m i d t, P e t e r s e n i inni opisują przypadki samoistnego wyleczenia raka żołądka. Jak widzimy z tego, najrozmaitsze wspomniane ewentualności nasuwają niekiedy wprost niemożliwe warunki do przeprowadzenia różniczkowego rozpoznania raka, wybujałego z wrzodu żołądka, a wrzodu powstałego na tle raka.

Nie bez znaczenia wtedy powstaje uwaga autora amerykańskiego Mc. Carty, współpracownika M a y o, (W i l s o n i Mc. Carty : *Die Patologischen Bezichungen des Magengeschwüres zum Magenkrebs. M med. W. 1910. Nr. 4.)*, którego zdaniem, każdy wrzód o średnicy przeszło $2^1/_2$ cm jest podejrzanym na raka i zaleca stosować metody lecznicze, używane przy raku. Mc. C a r t y zbadał histogenezę blizko 1400 wrzodów, operowanych na klinice M a y o i wyprowadza wniosek, że każdą sprawę nowotworową, ewentualnie rakową poprzedza zwykle przewlekłe podrażnienie bądź przyrody mechanicznej, bądź też chemicznej. Uogólniając klinika M a y o przypisuje owrzodzeniu najpoważniejsze znaczenie w powstawaniu raków. Zdaniem tychże wrzód żołądka należy odnieść do schorzeń przedrakowych żołądka.

Po omówieniu żołądka, jako części przewodu pokarmowego, najczęściej zajmowanej przez raka, przejdziemy do innych odcinków, najpierw do przełyku.

R e i c h m a n n za przeciąg 20-tu lat (Gazeta lekarska 1904 r.) od r. 1884 po r. 1903 na 868 przypadków schorzeń rakowych stwierdził:

raka żołądka	. . . . .	59,68%
raka przełyku	. . . .	26,84%

B e j a c h na 692 przypadków wszystkich raków stwierdził raka żołądka w 33,6%, raka przełyku w 8,2%, R e d l i c h stwierdził raka żołądka w 35,5% i przełyku 11,1%; F e i l c h e n f e l d widział raka żołądka w 32,5% i przełyku w 11,4%; R i e c h e l m a n n znalazł raka żołądka w 40,5% i raka przełyku w 10,8%. W mojem zestawieniu rak przełyku na ogólną ilość wszystkich stwierdzonych raków wynosi 5,4%. Wykazy niemieckiego Komitetu poznania raka (*Sammelforschung d. Komitees f. Krebsforschung. Kl. Jahrb, 1909*) obejmujące 42.179 chorych rakowych podają 5% chorych na raka przełyku. U N o w i c k i e g o w 34 przypadkach rak wydarzył się u kobiet 6, u mężczyzn 28 razy t. j. u pierwszych w 82,35%, u drugich w 17 %. W mojem zestawieniu stosunek ten u mężczyzn wypada w 82,2% i u kobiet w 17,7%. Przewaga częstości występowania raka przełyku u mężczyzn wyraźnie się zaznacza w zbiorowej statystyce, obejmującej 1276 przypadków raka przełyku, w której na mężczyzn przypada 1023 przypadki i na kobiety zaledwie tylko 143.

Co do usadowienia się raka w przełyku, to zgodnem zdaniem większości autorów przyjmuje się, że istniejące trzy cieśnie fizjologiczne w obrębie przełyku są miejscami najchętniejszego wybujania sprawy nowotworowej. Pierwsza część przejścia zakrtania w przełyk t. zw. usta przełyku, druga poniżej rozdziału tchawicy, miejsce najczęstszego występowania raka i wreszcie trzecia przy wpuście do żołądka. Płaskokomórkowy rak jest omal wyłącznym przedstawicielem raków przełyku. Występowanie nowotworów przełyku tłómaczy się teorją, która za główny moment powstawania raka przyjmuje uraz, a raczej częstsze drażnienie tkanki bodźcami, jak spożywanie gorących potraw, wyskoku i wszelkiego rodzaju przewężenia urazowe, bliznowaciejące uchyłki wskutek pociągania, a dalej obarczenie dziedziczne.

Na 45 przypadków z mojego zestawienia, przy uwzględnieniu wyżej wspomnianych 3 odcinków, raki dałyby się rozmieścić w sposób następujący:

Odcinek:	górny	średni	dolny	Razem
M.	1	20	16	37
K.	1	4	3	8
Razem . . .	2	23	19	45

Druga część zatem była przeważnie miejscem usadowienia, najmniej część górna.

Z rakiem przełyku spotykamy się w mojem zestawieniu przedewszystkiem między 41 a 50 rokiem życia.

W jelitach rak pojawia się w różnych odcinkach niejednakowo często i nagabuje najchętniej odcinki odległej leżące. N o t h n a g e l w podręczniku (*Die Erkrankungen des Darmes. Handb. d. spec. Path. u. Ther. Wien. 1898.XVII.)* zebrał 1100 przypadków raka jelit, według którego częstość usadowienia się w jelicie cienkiem wynosi 2,5%, w jelicie grubem 26,5%, w odbytnicy 71%. Najchętniejszemi miejscami wybujania raka w kiszkach jest kątnica i dolny odcinek esicy, najmniej ruchliwy. Według A n s c h ü t z'a, (Mitt. a. d. Gr. III. suppl. 1907.) na 128 przypadków raka jelita grubego było 24 przypadków usadowienia się raków w kątnicy i 49 w esicy. H e i m a n n (A. f. Klin. Chir. LVII. H. 4.) na 20.544 przypadków ściśle określonego raka stwierdził go 1024 razy w odbytnicy i 42 razy w esicy. L e i c h e n s t e i n (Ziemss. Handb.) w 770 przypadkach stwierdził usadowienie się raka 616 razy w odbytnicy i 40 razy w esicy. M a y d l (Ueber die Darmkrebse) ocenia w monografji swojej odsetek raka odbytnicy na 69,9% i 8,53% na raka esicy. B e j a c h oblicza dla jelita grubego odsetek 7,1, dla odbytnicy 4,9 i jelita cienkiego 1%. R e d l i c h podaje dla jelita grubego 5%, odbytnicy 6·3%, jelita cienkiego 0,6 %. F e i l c h e n f e l d: dla jelita grubego 4·3%, odbytnicy 5·3%, jelita cienkiego 1·2%. R i e c h e l m a n n: dla jelita grubego 3,65%, odbytnicy 3,65%, jelita cienkiego 1%.

W mojem zestawieniu na 78 przypadków raka kiszek było 33 przypadków raka odbytnicy, co obliczając na procent, daje 42,3, u N o w i c k i e g o 48,4. Rozmieszczenie w poszczególnych odcinkach jelita grubego było następujące:

Miejsce:	Odbytnica	Zgięcie wątrobowe	Zgięcie śledzionowe	Kątnica	Esica	Część wstępująca	Część zstępująca	Poprzecznica
M.	20	4	2	2	6	1	2	1
K.	13	5	1	5	5	3	1	1
Razem . .	33	9	3	7	11	4	3	2

Jak widzimy z zestawienia naszego, rak odbytnicy częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet. G r u c a (Rak prostnicy na podstawie materjału Lwowskiej kliniki chirurgicznej) na 22 chorych, leczonych w ostatnich $2^1/_2$ latach, podaje 14 chorych mężczyzn i 8 kobiet. Stosunek ten nie wiele odbiega od ogłoszonego w piśmiennictwie dla tego cierpienia. Zestawienia L o r e n z'a (H. f. Klin. Chir. LXIII.)

wykazują mężczyzn 61 i kobiet 39, W. Küpferle (B. z. Klin. Chir. 1904 XLII.) 63,4 i 36,6, Peterman (A. f. Kl. Chir. 1906. LXXX.) 67 i 33, Gant (*Die Krankheiten des Mastdarmes 1904*) 52 i 48, Mandl (W. Klin. W. 1922.) 67,6 i 33,4%.

Co do wieku, raki kiszek, jak ogólnie jest wiadomem, występują przeważnie w wieku starszym, a zestawienia moje wykazują największą liczbę w wieku pomiędzy 40 a 60 lat. Poniżej lat 40 rak występuje rzadziej, a w zestawieniu mojem zanotowałem 6 przypadków w wieku od 21 do 30 lat. W tem miejscu godzi się wspomnieć, że Gant w zestawieniu swojem podaje opis 14 przypadków raka odbytnicy poniżej lat 20, Philipp (*Ueber Krebsbildungen im Kindesalter*. Zt. f. Krebsf. 1907. V.) 12 przypadków raka odbytnicy i 5 przypadków raka esicy w wieku lat 15. Schöning (*Ueber das Vorkommen des Mastdarmkrebses in den ersten beiden Lebensdezenien. Diss.*) zestawił 15 przypadków raka odbytnicy poniżej lat 20-tu, Gruca wspomina o jednym operowanym przypadku l. 19, poszczególne przypadki opisywali v. Kupferle, Anschütz i inni.

Co do rodzajów anatomicznych raka odbytnicy najczęściej spotyka się miękkiego raka gruczolakowego w części bańkowej, raki włókniste usadawiają się przeważnie w górnych odcinkach odbytu. Raki płaskokomórkowe występują wyłącznie w okolicy zwieracza zewnętrznego odbytu. W innych odcinkach rak rozwija się, według Ganta, w 95% wszystkich przypadków jako rak cylindryczno-komórkowy,

Mondor (Zorg. f. d. ges. Chir. t. XIX.) oblicza częstość usadowienia się w bańce odbytnicy na 66%, w części ponadbańkowej 25%, w odbycie 10%, w całej prostnicy 1%. W mojem zestawieniu na 33 raków odbytnicy stwierdzono 21 razy raka włóknistego, 7 razy raka wrzodziejącego a 5 razy badanie drobnowidowe wykazało utkanie raka gruczolakowego. W esicy 8 razy stwierdzono raka wrzodziejącego, 2 razy raka gruczolakowego i 1 raz raka galaretowatego. W kątnicy był 6 razy rak wrzodziejący i 1 rak galaretowaty. W części wstępującej 3 razy raka włóknistego i 1 raz raka wrzodziejącego, w zgięciu wątrobowem 7 razy wrzodziejącego i 2 razy galaretowego, w pozostałych odcinkach stwierdzono tylko raki wrzodziejące.

Występowanie raków w jelicie cienkiem jest nader rzadką rzeczą, skoro w zestawieniu mojem jest ich zaledwie dwa. Według Aisner'a (D. Zt. f. Chir. 1909 CI.) najchętniej usadawia się on w odcinkach początkowych, zwykle 50 cm poniżej fałdu dwunastniczo-czczego, a w dolnym odcinku jelita cienkiego 50 cm powyżej zastawki Bauhina. W dwunastnicy stwierdzono w okresie statystycznym 4 razy raka, przyczem 3 razy usadowiony on był w brodawce Vatera, 2 razy u kobiet i jeden raz u mężczyzny, czwarty przypadek dotyczył mężczyzny, u którego rak usadowiony był tuż poniżej odźwiernika. Wszystkie wspomniane przypadki dotyczyły osobników między 45 a 50 rokiem życia.

W pewnym związku z pojawianiem się raka w przewodzie pokarmowym pozostaje rak pierwotny wątroby i woreczka żółciowego. Wusatowski (Pierwotny rak wątroby. Nowotwory. Warszawa 1923.) pisze, że dane o pierwotnym raku wątroby w piśmiennictwie anatomo-patologicznem są już bardzo pokaźne, jakkolwiek schorzenie to rzadko stosunkowo spotyka się na stole sekcyjnym. Nowicki w swojem zestawieniu podaje tylko jeden przypadek pierwotnego raka wątroby, w mojem zestawieniu jest 9 przypadków pierwotnego raka, co stanowi 1% wszystkich przypadków.

Zestawienia Hansemann'a podają 0,5%, Goldzieher i v. Bókay podają 6-ciokrotnie wyższe liczby z budapeszteńskiego zakładu anatomji, a więc około 3% ogólnej liczby wykonanych sekcyj (6000) Bejach podaje dla wątroby 1,6%, Redlich 1,0, Feilchenfeld 1,4, Riechelmann 0,4.

W drogach żółciowych i woreczku rak należy do często występujących nowotworów, gdyż schorzenie to występuje w 3—10% wszystkich schorzeń woreczka żółciowego, podlegających leczeniu chirurgicznemu.

Brütt, (*Beiträge f. Ch.* T. 126. H. str. 90), opierając się na zaczerpniętych liczbach z Instytutu anatomo-patologicznego w Hamburgu, w którym za okres czasu 1903—12 wykonano 20.100 sekcyj i stwierdzono 2086 przypadków raka, oblicza odsetek raków dróg żółciowych na 4,55%. Na 96 przypadków raków dróg żółciowych, spostrzeganych 64 razy miał on raka woreczka żółciowego, a 32 razy raka innych odcinków dróg żółciowych. Ten sam autor podaje statystykę operacyjną, w której na 730 chorych z objawami schorzenia dróg żółciowych stwierdzono raka tych dróg w 64 przypadkach, co stanowi 8,7%. Według niego na klinice Kümmel'a do r. 1906 na 229 operacyj dróg żółciowych stwierdzono 20 razy raka woreczka żółciowego (8,7%) a od roku 1901 do 1921 na 501 operacyj stwierdzono raka zaledwie w 23 przypadkach (4,6%). Tak znaczne zmniejszenie się ilości schorzeń rakowych autor tłumaczy coraz częściej stosowanym wczesnym zabiegiem przy kamicy woreczka żółciowego, która niewątpliwie ma wpływ, zdaniem jego na powstawanie nowotworu. Kehr (*N. D. Chirurgie T. VIII.*) oblicza, że jeden przypadek raka woreczka żółciowego przypada na 200 chorych rakowych, a jeden przypadek raka dróg żółciowych przypada na 1000 chorych rakowych. Zdaniem jego, odsetek ten znacznie wzrośnie, jeśli się weźmie w rachubę wszystkich chorych, ubiegających się o operację.

Najczęściej stwierdza się raka woreczka żółciowego. Według Bejacha stanowi on 3,0%, według Redlich'a 4,4, według Feilchenfeld'a 4,1, według Riechelman'a 5,5%, według moich obliczeń wypada 3,85, według Nowickiego 4%. W drogach żółciowych większych rak się rzadziej usadawia, a pierwsze miejsce zajmuje przewód żółciowy wspólny, różnica jednak między nim a przewodem woreczka jest niewielka; w mojem zestawieniu miałem 4 przypadki raka przewodu wspólnego a 3 razy raka przewodu woreczkowego; 5 razy rak rozszerzał się na wszystkie przewody żółciowe. U kobiet rak woreczka i dróg żółciowych pojawia się częściej, niż u mężczyzn, szczególnie odnosi się to do woreczka. Według Kehr'a częstość raka woreczka żółciowego u kobiet waha się od 73—91%. Według Nowickiego rak woreczka żółciowego u kobiet wypadał w 71% i w 28% u mężczyzn. Według obliczeń moich na 32 przypadki raka woreczka żółciowego zdarzył się on u kobiet 27 razy t. j. 61,4%, a 5 razy u mężczyzn t. j. 11,4%. (C. d. n.)

Doc. Dr. M. SEMERAU SIEMIANOWSKI, Warszawa.
Dr. J. TYPOGRAF i Dr. W. RĘCZAJSKI.

W sprawie epidemji w Henrykowie. Angiodermotoxicosis exsudativa infectiosa epidemica.

(Z Oddziału Chorób Wewnętrznych B. Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

Ordynator: Docent dr. M. Semerau-Siemianowski).

W końcu października 1924 roku wybuchła w Henrykowie pod Warszawą bez żadnej dającej się stwierdzić przyczyny epidemja o niezwykłych cechach klinicznych. Mianowicie, szereg osób zapadł wśród objawów ogólnego zakażenia na mniej lub więcej ostrą sprawę, z początku bezbarwną i bez właściwego umiejscowienia, później jednak scharakteryzowaną przez silne zajęcie skóry, a także niektórych błon śluzowych. Wobec tego, że zakażenie to obejmowało stopniowo szersze kręgi i dotknęło ogółem 34 osoby, wieść o niem prędko przedostała się do prasy codziennej i zaniepokoiła władze samorządowe oraz szerokie koła lekarskie. Tembardziej, że z pośród 34 dotkniętych osób 9 — prawie wyłącznie dzieci — uległo ciężkości zachorzenia i mimo udzielonej im pomocy, zmarło.

W ostatnich dniach listopada 18 powyższych chorych po porozumieniu się lekarza powiatowego kol. Orzechowskiego z inspektorem szpitali miejskich drem Paderewskim zostało dla dokładniejszego zbadania oraz umiejscowienia epidemji przeniesionych do oddziałów Szpitala Św. Łazarza. Z tego 4. dostało się na oddział ord. kol. Wernica [1]), a 14 na oddział doc dr. Semerau Siemianow-

[1]) Panu dr. Wernicowi dziękujemy na tem miejscu za pozwolenie obejrzenia jego chorych i zebrania u nich wywiadów.

skiego. Mając zatem możność widzieć wraz z chorymi kol. Wernica przeszło połowę osób zapadłych na wspomnianą epidemję, czujemy się w obowiązku zareferować [2]) w głównych zarysach o całej sprawie, tak ze względu na niecodzienność procesu chorobowego, jak też i na zainteresowanie, jakie obudziła. Czynimy to z całą świadomością fragmentaryczności naszych wywodów, licząc na to, że podany materjał zostanie może uzupełniony przez dalszych badaczy, którym niniejsze dane zwrócą uwagę na podobne przypadki. Nam, niestety, otrzymanie chorych już prawie jako ozdrowieńców w czwartym tygodniu zachorzenia uniemożliwiło ustalenie różnych ważnych klinicznie szczegółów, w pierwszej linji natury bakterjologicznej i zmusiło nas do odtworzenia obrazu chorobowego w znacznej części na podstawie wywiadów i obserwacji obcych.

Wywiady zebrane u 18 przez nas oglądanych chorych przedstawiały się mniej więcej następująco: najczęściej (w 12 na 18 przypadków) zachorzenie rozpoczynało się od bólu nóg, kłucia, swędzenia i palenia pod podeszwami. Jeden chory miał wrażenie, jakby stąpał »po gwoździach« i jedynie dlatego musiał położyć się do łóżka. Inny znów »nie czuł, że nogi należały do niego«. W 4 przypadkach chorzy zauważyli obrzęki kończyn dolnych, tak że nie mogli nosić obuwia. Obrzęki te wszakże były nieznaczne i nie sięgały powyżej kostek. Równocześnie z tem chorzy skarżyli się na ogólne osłabienie (w 5 przyp.), na dreszcze (w 8 przyp.), na gorączkę [3]) (w 6 przyp.), na ból głowy (w 5 przyp.) na zupełny brak łaknienia (w 16 przyp.), na rozwolnienie (w 4 przyp.), uczucie palenia w gardle i wrażenie »igieł w gardle«, skłaniające ich do picia zimnej wody, wszakże bez utrudnienia w połykaniu (w 7 przyp.), na chrypkę i suchy kaszel w (6 przyp.), wreszcie na katar i ból w oczach (w 4-ch przyp.).

Przeciętnie po 10—14 dniach trwania takiego ogólnego, nieokreślonego niedomagania, które chorzy przeważnie znosili, nawet nie kładąc się do łóżka, poczęły się pojawiać objawy skórne. Pierwszym ich zwiastunem była wysypka na kończynach, początkowo nieobfita, stopniowo wzrastająca, jednostajnie różowa, koloru jak po ukąszeniu pchły, zlewająca się i zajmująca przestrzeń nieco większą od wielkości dłoni dziecka. Wysypka ta najczęściej zjawiała się początkowo w okolicy stawów skokowych, następnie łokciowych i pod pachami. W zajętych miejscach dawał się przeważnie odczuwać świąd skórny. Stopniowo różowe zabarwienie zmieniało swój kolor i przechodziło w zabarwienie brudno-brunatne. Ciekawem jest, że równocześnie i skóra na plecach, piersiach i brzuchu przyjmowała zabarwienie brunatne, jakgdyby była opalona, mimo, że w tych miejscach chorzy zwykle nie zauważyli żadnej wysypki. Niektórym chorym zdawało się, że są brudni, więc się myli mocno, zabarwienie wszakże nie ustępowało. Twarz pozostawała z reguły niezajęta, jedynie brunatniała niekiedy lekko za uszami.

Skóra była naogół sucha, chorzy nie pocili się wcale. Gdy zabarwienie zajęło prawie cały tułów, skóra rozpoczynała się łuszczyć w mniejszych lub większych płatkach. Przytem skóra na dłoniach i stopach grubiała, jakby nacieczona i przyjmowała zabarwienie żółto woskowe. Zmiany skórne w powyższej postaci i opisanym przebiegu występowały najwyraźniej u dzieci, u których stanowiły objaw stały. U dorosłych zaznaczały się one przeważnie znacznie słabiej, albo nie występowały wcale. W 2 natomiast przypadkach stanowiły one pierwszy i jedyny objaw chorobowy.

Badanie przedmiotowe, jak już wspomnieliśmy poprzednio, rozpoczęte z niezależnych od nas powodów dopiero w 4—5 tygodniu po zachorzeniu, ujawniło zmiany następujące:

Chorzy nasi składali się z 3 kobiet, 6 mężczyzn, 3 chłopców i 6 dziewczynek. Byli oni wszyscy prawidłowej, niekiedy nieco szczuplej budowy i znajdywali się w miernym stanie odżywienia. Ciepłota wahała się u wszystkich prawie około 37° i nie przekraczała 37·5°. Tylko u jednej dziewczynki z objawami krupu i silnym kaszlem napadowym trzymała się między 38° a 39°. Samopoczucie było w okresie, w którym oglądaliśmy chorych, naogół dobre.

U wszystkich 9 dzieci i u 3 dorosłych powłoki skórne wykazywały stałe zmiany charakterystyczne: cała skóra na piersiach, brzuchu i plecach sucha, ciemno zabarwiona, jakby brudna, łuszczy się niewielkiemi płatkami. Takież same zmiany widać miejscami na kończynach dolnych, mniej wybitnie na kończynach górnych. Na wewnętrznej powierzchni ud, ponad spojeniem łonowem, oraz w okolicy pachy i stawów barkowych częściowo skutkiem mniej silnego zabarwienia pierwotnego, częściowo skutkiem silniejszego i wcześniejszego łuszczenia stwierdza się wyspy dość prawidłowej, lekko tylko niekiedy zbrunatniałej skóry, otoczone dużemi partjami skóry łuszczącej się, zabarwionej na ciemno-bronzowo. Na łokciach i częściach wyprostnych stawów skokowych oraz na grzbietowej stronie dłoni znaczna hyperkeratoza. Tylko u 2 osób, dają się zauważyć, zresztą bardzo skąpo, na wyprostnej przedramienia i podudzia zasychające, drobne, lekko zaczerwienione wykwity. Dłonie wykazują skórę bardzo suchą, popękaną, miejscami jeszcze łuszczącą się, lśniącą, o tkance podskórnej bardzo zgrubiałej. Na stopach o barwie jasno-żółtawej bardzo znaczne łuszczenie wielkopłatowe i ciastowate zgrubienie tkanki podskórnej. U 3 chorych nieznaczna ciastowatość w okolicy kostek, jako pozostałość po większych obrzękach.

Powiększenie gruczołów chłonnych w związku z obecną chorobą nie daje się zauważyć.

Narządy głowy nie wykazują żadnych zmian. Błony śluzowe różowe. U chorych z zepsutemi zębami nieznaczne rozpulchnienie dziąseł, nie krwawiących przy uciskaniu. Język wilgotny, nieobłożony. Zbrunatnienia skóry na twarzy nie stwierdzono, jedynie w pięciu przypadkach u dzieci zauważono na obszarze mniej więcej dwuzłotówki lekkie, bronzowe zabarwienie, nie mające nic wspólnego z przygodnem zabrudzeniem.

W gardle i przewodzie oddechowym naogół nie zauważono nic chorobliwego. Tylko w 4 przypadkach stwierdzono chrypkę, w 3 bez żadnych widocznych zmian przedmiotowych. Natomiast u jednego dziesięcioletniego dziecka, które wykazywało wysoką gorączkę (około 39°) i cierpiało na napadowy krztuszący kaszel, jak w kokluszu, wezwany laryngolog, kol. Rogoziński ustalił poza lekkiem zaczerwienieniem krtani obecność nalotów, przypominających w wysokim stopniu błonicę.

Ze strony narządów układu krążenia nie zanotowano nic szczególnego. Tętno wahało się, poza jednym przypadkiem gorączkującym, od 70 do 80 na minutę, było miarowe. Ciśnienie krwi wynosiło przeciętnie 110—120/80 mm. rtęci.

W jamie brzusznej u trojga dzieci stwierdzono powiększenie wątroby, wystającej na 2 palce z pod łuku żebrowego, niebolesnej. Śledziona dawała się wyczuć tylko u jednej 45-letniej osoby. Brzeg śledziony był okrągły i twardawy.

Układ nerwowy nie wykazywał żadnych zmian w odruchach, ani zaburzeń czucia.

Badanie moczu stwierdziło stosunki zupełnie prawidłowe.

Badanie treści żołądkowej, przedsiębrane w kilku przypadkach z zaburzeniami w układzie pokarmowym podczas tego zachorzenia, nie ujawniło większych odchyleń od normy.

Bakterjologiczne badanie krwi i moczu oraz zastrzykiwanie ich zwierzętom wykonane w Państwowym Zakładzie Epidemjologicznym nie dało żadnych wyników dodatnich. Morfologiczne badania krwi ujawniały nieznaczną niedokrwistość: ilość czerwonych krążków około 4 miljonów w mm³, hemoglobiny (według Sahliego) 70%. Liczba i wzór ciałek białych nie wykazywały żadnych odchyleń od stosunków prawidłowych; eozynofilji nie stwierdzono.

Badania nalotów z gardła we wspomnianym przypadku u dziecka nie wykonano, ze względu na podkreśloną przez laryngologa możliwość wywołania ostrego obrzęku głośni.

Badanie drobnowidowe zeskrobanych łusek skórnych ujawniło jedynie hyperkeratozę; żadnych pasorzytów skórnych nie znaleziono.

Przebieg zachorzenia wykazywał najróżniejsze odmiany, od najlżejszego do najcięższego. Niektórzy chorzy przebyli schorzenie, nie kładąc się wcale do łóżka. U tych zmiany skórne, o ile możemy sądzić z wywiadów, są zaznaczone najsłabiej. W naszym materjale stanowili oni bezwzględną mniejszość, bo na 18 chorych 4—5. Większość w okresie pierwszym, prodromalnym, scharakteryzowanym różnemi przejawami ogólnionego zakażenia, przez jakiś czas leżała w łóżku skutkiem gorączki, dokuczliwych bólów w nogach, ogólnego osłabienia i t. p. Powracali oni przeważnie do sił i do zwykłego zajęcia w jakiś czas po pojawieniu się zmian skórnych. Pewna jednak część, mianowicie na 34 osoby dotknięte epidemją 9 — i to wyłącznie dzieci — zmarła poza szpitalem w pierwszych 2—3 tygodniach trwania epidemji. Z opowiadań rodziców i uwag, kol. Bzury odnieśliśmy wrażenie, że ginęły one wśród objawów ostrego krupu krtaniowego. Napadowe występowanie duszności w nocy i z rana, względnie dźwięczny głos przy istniejącej chrypce — obserwowane w naszym przypadku, nasuwały przypuszczenie, że chodziło tutaj, mimo występowania lekkich nalotów na głośni, raczej o krup wrzekomy.

Autoptycznemi danemi nie rozporządzamy zupełnie.

Co się tyczy rozpoznania, to opierając się na zebranych przez nas szczegółach, przyjąć musimy, że mieliśmy tu do czynienia z ostrą sprawą zakaźną, rozpoczynającą się przeważnie objawami ogólnemi (gorączka, ból głowy i tułowia) oraz bardziej umiejscowionemi objawami w gardle, przewodzie oddechowym i przewodzie pokarmowym. W dalszym ciągu sprawa zakaźna przejawiała się już bardziej jako toksykoza, odbijająca się szczególnie na skórze w postaci rumieni, wykwitów, guzków i t. p.

A zatem obraz posocznicy niewiadomego pochodzenia, o niebardzo dużem naogół nasileniu i doprowadzającej do zejść śmiertelnych, zdaje się, tylko skutkiem nagłych proce-

[2]) Krótka relacja w tej sprawie i pokaz chorych nastąpiły dnia 16. grudnia 1924. w Warsz. Tow. lek.

[3]) Podług danych udzielonych nam łaskawie przez kol. Bzurę z Jabłonny, który w tym czasie był wzywany do niektórych chorych, gorączka wahała się w lżejszych przypadkach około 38°, w cięższych dochodziła do 39° i wyżej.

sów zapalnych w gardle i krtani. Ostatnie to przypuszczenie opieramy jedynie na wywiadach i krótkiej obserwacji lekarskiej chorego dziecka, które, zdaniem rodziny, zachowywało się zupełnie identycznie jak i inne, zmarłe w tej epidemji. Zgon poza szpitalem i brak wszelkich danych sekcyjnych uniemożliwiły nam ocenę zjadliwości zakażenia w przypadkach śmiertelnych.

Koncepcję posocznicy wysunął jako wytłómaczenie zjawisk, stwierdzonych w tej epidemji, również prof. Krzyształowicz na zebraniu Warsz. Tow, Dermatologicznego, określając sprawę jako »*Sepsis streptococcica latens cum erythrodermia*«. Wprawdzie w okresie ostrym nie zdołano w warunkach praktyki wiejskiej wykonać badań bakterjologicznych, posiewy zaś krwi i szczepienia zwierząt, przedsięwzięte na naszym oddziale przez Centralny Zakład Epidemjologiczny w pierwszych dniach pobytu naszych chorych, nie dały żadnych wyników, tak że jakość i rozprzestrzenienie zakażenia w ustroju muszą pozostać niewyjaśnione. Za możliwością zakażenia paciorkowcowego przemawia wszakże doświadczenie kliniczne; tak np. epidemja nasza zespołem objawów, początkiem i przebiegiem zachorzenia przypomina obraz podany przez Blaschko, jako charakterystyczny dla tego rodzaju procesów. Histologiczne zaś badania Gans'a świadczą, że zmiany skórne spowodowane przez paciorkowce różnią się od stafylomykoz większem uogólnieniem i brakiem silniejszego zajęcia zapalno-wysiękowego tkanek, doprowadzającego do umiejscowionych ropni.

Morfologicznie, spostrzegana przez nas epidemja zbliża się bardzo do typu chorobowego, określonego przez Hebrę mianem rumienia wysiękowego wielokształtnego (*Erythema exsudativum multiforme*). Rodzaj zmian ogólnych w okresie zwiastunowym, występowanie na początku jesieni, częstsze i cięższe zapadanie dzieci, zwłaszcza płci żeńskiej, potęgują jeszcze bardziej to wrażenie. W każdym razie spotykamy u naszych chorych pewne właściwości niezwykłe, a nawet oryginalne, które odróżniają ich od przeciętnych chorych na rumień wysiękowy wielokształtny. Właściwości te są:

1) Nagminne, względnie okolicowe występowanie zachorzenia; wszystkie bowiem przypadki były obserwowane w ciasnym obrębie 2 domków Henrykowa, leżących blisko siebie i zamieszkałych przez ludność bardzo ubogą. W bliższem lub dalszem sąsiedztwie dalszych zachorzeń nie notowano. Fakty tego rodzaju są znane; wspominają o nich podręczniki Joseph'a, Jesionek'a i inne; z książek polskich podręcznik Bernhardta. Okolicowe takie rozprzestrzenienie się pewnej odmiany rumienia wielokształtnego mianowicie rumienia guzkowatego opisuje w ciekawej rozprawce Polouch (*Arch. des Maladies des Enfants, 1901*). Bądź co bądź endemje takie należą raczej do pewnych rzadkości.

2) Znaczna śmiertelność. Według zebranych przez nas danych liczba zmarłych wynosiła 9 na 34 dotkniętych zachorzeniem osób, t. j. 27%. Jest to cyfra niezwykle wysoka i odbija od przeciętnych opisów podręcznikowych, podług których złośliwości tego rodzaju spraw chorobowych nie ocenia się bardzo poważnie.

3) Groźne powikłania krtaniowe. Stwierdzone one zostały wywiadami we wszystkich przypadkach śmiertelnych, a pozatem w kilku przypadkach ciężkich, lecz wyleczonych. Polegają one, jak zaznaczyliśmy, na objawach ostrego krupu krtaniowego. W jednej obserwacji musieliśmy chorą dziewczynkę z powodu niepokojących objawów duszności przesłać do szpitala dziecięcego Karola i Marji celem wykonania w razie potrzeby intubacji.

4) Zmiany barwikowe. Znaleźliśmy je u przeważającej liczby osób dotkniętych po wygaśnięciu ostrych spraw skórnych. Znikły one przeważnie wraz z łuszczeniem się skóry, wszakże w przypadkach ostrzejszych również i niektóre części skóry odnowionej wykazywały mniejsze lub większe zbrunatnienie. Na stopach i dłoniach duże powierzchnie skóry zrogowaciałej w całym szeregu przypadków przybierały jaskrawą szafranowo-żółtą barwę, wynikłą może z rozpuszczenia barwika w komórkach rogowych (cf. Riehl w podręczniku Riecke'go).

Z powyższych względów, a także celem wyodrębnienia podobnych stanów chorobowych i wyzwolenia ich ze zbyt ciasnych ram oceny czysto morfologicznej, proponujemy dla nich nazwę *Angiodermotoxicosis exsudativa infectiosa epidemica*. Ustalenie dokładniejszych właściwości bakterjologicznych w każdem skupieniu nagminnem umożliwi w obserwacjach późniejszych zastąpienie słowa »*infectiosa*« określeniem: »*streptococcica*«, »*staphylococcica*« i t. d.

Rozpoznanie różniczkowe nastręczało trudności jedynie tym lekarzom, którzy oglądali chorych w okresie zwiastnnowym. Ujmowano wtedy sprawę chorobową albo jako płonicę, gdy silniej zaznaczały się zmiany rumieniowe, albo jako błonicę, gdy przeważały zaburzenia gardlane. W tych ostatnich razach zastrzykiwano kilkakrotnie surowicę przeciwbłoniczą, podobno nawet z niezłym, lecz tylko przejściowym wynikiem. Że podejrzeniu błonicy trudno się było czasem oprzeć, o tem mieliśmy sposobność przekonać się sami; kiedy bowiem we wspomnianym już kilkakrotnie przypadku powikłań krtaniowych u 10-letniej dziewczynki konsultowaliśmy doświadczonego laryngologa, ten na widok nalotów na głośniach myślał poważnie o błonicy i radził nie zwlekać długo z zastosowaniem leczenia swoistego.

Później, kiedy objawy skórne zaczęły się wysuwać na plan pierwszy, sprawa wyjaśniała się coraz bardziej, natomiast rozległe zmiany barwikowe, zwłaszcza, kiedy skóra jeszcze się nie łuszczyła, wzbudziły w pewnych kołach lekarskich, zaintrygowanych dziwnem epidemjologicznem zachowaniem się zachorzenia, podejrzenie w kierunku awitaminozy. Myślano tu w pierwszej linji o procesie chorobowym, zbliżonym do rumienia lombardzkiego (Pellagra), spotykanym poza innymi bardziej na południe położonymi krajami, także w sąsiadującej z nami Rumunji i Rosji, a podobno również i w południowych obwodach Małopolski Wschodniej. Pierwotny rumień, zbrunatnienie następcze niektórych części ciała, zaburzenia żołądkowo-jelitowe oraz różne objawy nerwowe zmuszały do sumiennego rozpatrzenia możliwości tego rzadkiego w tych stronach zachorzenia. Przemawiało jednakże bezwzględnie przeciw takiej koncepcji stwierdzenie mniej lub więcej zaznaczonej gorączki, zajęcie zmianami barwikowemi — w przeciwieństwie do pellagry — pokrytych odzieniem części ciała i, naodwrót, niezajęcie twarzy, brak gnilcowatych zmian na dziąsłach, normalny chemizm żołądkowy, a wreszcie brak wyraźniejszej niedokrwistości. Przytem ludzie ci, o ile zdołaliśmy ustalić, mąki kukurudzianej nie używali wcale i karmili się dość wszechstronnie, choć znajdywali się naogół w złych warunkach odżywiania. Większość z nich jadła chleb biały i czarny, kawę z niewielką ilością mleka, jaja, tłuszcze, kartofle, kapustę, jarzyny, rzadziej mięso. Dzieci, które przecież głównie padły ofiarą choroby, odżywiane były nieco lepiej, kosztem zmniejszenia porcji rodziców.

Pod względem epidemjologicznym dochodzenia nasze nie wydobyły na jaw żadnych momentów, któreby były w stanie wytłumaczyć sposób powstawania zachorzenia i jego przenoszenia się z człowieka na człowieka. Właściwem ogniskiem choroby były położone w pobliżu Wisły dwa domki gęsto zamieszkałe przez ubogą ludność wiejską Henrykowa. W poszczególnych izbach, w bardzo złych warunkach higjenicznych, mieszkało przeciętnie 5—6 osób. Wodę czerpano ze zwykłej studni wiejskiej. Produkty spożywcze zakupywano częściowo na miejscu ze źródeł, z których korzystała i pozostała ludność, częściowo w Warszawie. Badanie produktów spożywczych, szczególnie zaś wody, na obecność jakichkolwiek czynników chorobotwórczych, wykonane przez Państwowy Zakład Higjeny, nie dało żadnych wyników dodatnich.

Czemu wobec tego zachorzenie dotknęło prawie wyłącznie ludność tych 2 domków, z wyłączeniem innych, trudno powiedzieć. Być może, że zadecydowało tu bardziej wilgotne pomieszczenie i szczególnie niekorzystne warunki życiowe.

O leczeniu opisanych przez nas stanów chorobowych nic powiedzieć nie możemy, gdyż chorzy dostali się w nasze ręce już po okresie zwiastunowym i po wygaśnięciu ostrych

zmian skórnych. To też ograniczyliśmy się tylko do zastosowania w niektórych przypadkach środków tonizujących, przedewszystkiem zaś do zarządzenia jaknajlepszego w naszych warunkach szpitalnych, pożywienia.

Z praktyki.

Łucjan DOBROWOLSKI, asyst. Zakładu, Otwock.

O znaczeniu wapna w leczeniu gruźlicy płuc.

Z Sanatorjum miejskiego dla chorych płucnych w Otwocku. Kierownik: Dr. H. Cybulski.

Wapno stanowi część składową nietylko kośćca i zębów, lecz także i wszystkich tkanek ustroju ludzkiego i najprawdopodobniej nieodzowny składnik soków tkankowych i komórek. Również i dla życia izolowanych organów wapno jest niezbędne, n. p. izolowane serce żaby dojrzałej wykonywa skurcze, dopóki znajdują się jony Na i Ca (płyny Ringera i Locke'go). W podobny sposób (co do skurczów) zachowują się mięśnie prążkowane, nerwy co do pobudliwości elektrycznej, również i nabłonek migawkowy dłużej zachowuje ruchy w płynach, zawierających wapno, anizeli w rozczynach fizjologicznych.

Krzepliwość krwi zmniejsza się, gdy sole wapna wypadną pod wpływem n. p. kwasu szczawiowego; powstawaniu pokrzywki po wstrzyknięciu surowic leczniczych zapobiega wapno, również i miejscowe stany zapalne n. p. zapalenie spojówki, zmniejszają się ewentualnie znikają zupełnie po stosowaniu wapna.

To działanie wapna — zmniejszenie stanu zapalnego występuje niezależnie od krzepliwości krwi. M. Meyer wykazał, że sole wapnia wywołują kurczenie się ewentualnie inne zmiany w ścianach naczyń, przez co stają się one bardziej zbite i mniej przepuszczalne.

Wprost do krwi wprowadzone rozpuszczalne sole wapnia, działają podobnie do preparatów naparstnicy; jednak przy zbyt dużych dawkach zjawia się stan podobny do narkozy, połączony z zaburzeniami ze strony serca.

Po tych ogólnych uwagach — przechodzę do stosowania i znaczenia wapna w leczeniu gruźlicy płuc i krwotoków płucnych.

* * *

Ogólnie jest wiadomem, że zwapnienie gruzełka jest procesem, zmierzającym do jego zabliźnienia, do t. zw. unieczynnienia. Wapnienie, przyłącza się do wszystkich procesów regresywnych, niektórzy twierdzą (Wells i inni), że obumarła tkanka, albo obce dla danego ustroju ciało, które nie ulegnie wessaniu, zawsze podlega zwapnieniu. Szczególniej łatwo wypada wapno w miejscach utrudnionego krwiobiegu.

Badania jednak wykazują (Maendl), że wapno znajduje się nietylko w miejscach t. zw. zaleczonych, lecz także i w miejscach ze sprawami czynnemi, co dowodzi, że obecność wapna nie stwarza odporności przeciwko gruźlicy (n. p. gruźlica kości rozwija się pomimo dużej zawartości w kości wapna). W terapji wapnem idzie o to, by ustrój nasycić wapnem, by poziom wapna we krwi został zwiększony; najlepiej osiągnąć to zapomocą wlewań dożylnych 10% chlorku wapnia.

W tej postaci stosuję wapno od roku u chorych (około 100 przypadków) na gruźlicę płuc w różnych okresach. Wyniki jakie otrzymałem są następujące (100 chorych):

U wszystkich prawie chorych (95%) już po pierwszych wlewaniach ilość plwociny zmniejszała się widocznie, po następnych traciła plwocina swój charakter ropny i u niektórych nawet znikała zupełnie. Kaszel staje się więcej suchym i zmniejsza się.

Również dodatnio wpływa wapno na ciepłotę, obniżając ją u niektórych chorych bardzo (do normy). W przypadkach, w których innemi środkami nie mogłem osiągnąć trwałego obniżenia ciepłoty — wlewania wapna okazały się bardzo pomocne; to samo należy powiedzieć o wpływie na pocenie się i wagę chorych. U wszystkich chorych pocenie zmniejszało się, wreszcie znikało zupełnie; u niektórych stwierdzałem spory przyrost wagi, gdzie przedtem pomimo forsownego odżywiania i innych zabiegów chorzy spadali na wadze. Również dodatnio wpływa wapno w krwiopluciach; zwykle po kilku wlewaniach znikały one na czas dłuższy. W krwotokach jednak szczególniej obfitszych nie otrzymałem zbyt zachęcających wyników; w niektórych przypadkach prawie żadnych. Na same zmiany w płucach, szczególniej w sprawach rozległych nie wpływa wapno w sposób wybitniejszy, czasem długotrwałe rzężenia wilgotne zmniejszały się znacznie, jednak przypuszczam, że wapno na sam przebieg gruźlicy w płucach nie wywiera wielkiego wpływu.

Kurację wapnem przeprowadzałem w sposób następujący:

Chory otrzymywał przez 2 tygodnie 2 razy tygodniowo dożylnie 5 cm^3, następnie tą samą ilość co drugi dzień, przeciętnie stosowałem 50 wlewań.

Podczas wlewania przez 10—20 sekund odczuwa chory silne gorąco, zjawiające się początkowo w gardle, języku, następnie w odbytnicy i narządach płciowych, wreszcie w ramionach i palcach obu rąk. Wkrótce te sensacje znikają; po każdem wlewaniu należy choremu zalecić odpoczynek przynajmniej 15 minutowy.

Na podstawie mojego dość szczupłego materjału ośmielam się twierdzić, że wapno w postaci wlewań dożylnych powinno znaleźć u nas szersze zastosowanie, niż to ma miejsce dotychczas, bo chociaż wapno nie wywiera żadnego swoistego działania na przebieg gruźlicy płucnej, to jednak jest:

1. środkiem pobudzającym mięsień sercowy;
2. wzmagającym krzepliwość krwi;
3. pobudzającym fagocytozę;
4. zmniejszającym pobudliwość mięśni i systemu nerwowego.
5. wreszcie działającym przeciwzapalnie

Możemy powiedzieć, że wapno w gruźlicy płucnej ma działanie tylko objawowe, szczególniej ważne w daleko posuniętych sprawach gruźliczych. Reasumując powyższe, możemy powiedzieć, że wapno wpływa dodatnio na krwioplucie, poty, biegunkę, wyczerpanie, bicie serca, ubytek na wadze, wreszcie, co najważniejsze, obniża *tonus* nerwów sympatycznych.

Franciszek RODZIEWICZ, asystent Szp. Warszawa.

Przypadek rtęcicy spowodowanej zastrzykiwaniami podskórnemi soli rtęciowej nierozpuszczalnej

Z oddziału skórno-wenerycznego dla kobiet Szpitala Ś-go Łazarza. (Ordynator Dr. R. Bernhardt).

25-go stycznia r. b. zapisała się do szpitala 28-mio letnia P. S., będąca w 8-mym miesiącu ciąży. Z wywiadów wynika, że zaniepokojona jakiemiś »krostami« na narządach płciowych P. udała się przed kilku tygodniami do jednego z felczerów, który, rozpoznając przymiot, zastosował leczenie swoiste w postaci zastrzykiwań pośladkowych, jakiegoś płynu barwy mlecznej. Płyn ów zastrzykiwano w odstępach tygodniowych. Po 6-ciu zastrzykiwaniach objawy ustąpiły, i P. przerwała leczenie. Zabiegi powyższe chora znosiła b. dobrze i prócz bólu w pośladkach nie odczuwała żadnych innych dolegliwości. Dopiero w tydzień po ostatniem zastrzyknięciu uwagę chorej zwróciły niepokojące objawy w jamie ustnej, które niebawem spotęgowały się do tego stopnia, iż P. zmuszona była zapisać się do szpitala

Podczas badania bardzo wycieńczonej i małokrwistej chorej stwierdzono zjawiska zapalenia wrzodziejącego jamy ust. Błona śluzowa dziąseł, policzków oraz podniebienia była obrzmiała, barwy czerwonosinej, usiana licznemi owrzodzeniami. Język był również obrzmiały i pokryty nalotem ciemnoszarym, na brzegach zaś wyraźnie występowały owrzodzenia odciski zębów. Ślinotok był obfity, dech smrodliwy. W każdym z pośladków można było wyczuć na wysokości krętarza po trzy guzy śliwki dojrzałej, umiejscowione w powierzchownej warstwie tkanki podskórnej, ruchome, twarde, bolesne. Jeden z guzów prawego pośladka, najbardziej powierzchowne umiejscowiony, przechodził w rozległe owrzodzenie zgorzelinowe skóry. Pozostałe guzy były pokryte skórą prawidłową. Badanie moczu Dr. Wojciechowski) wykazało obecność białka 0,12. W osadzie wykryto do 50-ciu leukocytów w p. w.; b. liczne bakterje, nabłonki nerkowe oraz nieliczne wałeczki ziarniste. Zawartość rtęci w ilości dobowej moczu sięgała 5 ciu mlgr. 5-go lutego waga chorej wynosiła 48.5 kg. Objawów swoistych nie ujawniono. Bordet-Wassermann był ujemny.

Uszkodzenia błony śluzowej jamy ust zwalczano w oddziale środkami miejscowemi (smarowanie dziąseł 5-cio% roztworem kwasu chromowego, płukania środkami odkażającemi) oraz ogólnemi, a mianowicie wlewaniami dożylnemi novarsenobenzolu, który zadawano chorej trzykrotnie w odstępach tygodniowych w dawkach 0.30, 0.45 i 0.45. Zdaniem autorów francuskich mają arsenobenzole skutecznie przeciwdziałać tworzeniu się uszkodzeń śluzówki, spowodowanych krętkami i wrzecionowcami.

Początkowo, zdawało się, że leczenie powyższe osiąga pożądany skutek i że objawy zapalne jamy ustnej powoli ustępują. Niestety w 3 cim tygodniu pobytu szpitalnego stan chorej zaczął się nagle pogarszać, choć leżała ona na sali, gdzie ani jedna z chorych nie przechodziła leczenia rtęciowego. Obok spotęgowanych objawów miejscowych w jamie ustnej stwierdzono coraz wyraźniejsze zjawiska ogólnego zatrucia rtęciowego; silne bóle głowy, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, białkomocz, niedokrwistość, osłabienie ogólne. W ilości dobowej moczu było około 5 ciu mlg. rtęci obok 0.14 białka. Waga 18-go lutego wynosiła 47.5 kg. Będąc przeświadczony, że za pomocą leczenia paljatywnego nie można w danym przypadku zwalczać skutecznie objawów zatrucia, dopóki nie zostaną usunięte składy rtęci, istniejące w tkance podskórnej pośladków, zdecydowałem się na zabieg chirurgiczny. Pod uśpieniem chloroformem wyciąłem dnia 22-go lutego 3 guzy z pośladka prawego oraz dwa z lewego. Nałożono szwy głębokie, kattgutowe, i powierzchowne z jedwabiu. Dnia 27-go lutego zdjęto szwy powierzchowne. Rany zagoiły się przez rychłozrost.

Badanie chemiczne tkanek, wyciętych z pośladków zostało przeprowadzone w pracowni Szp. S-go Łazarza pod kierunkiem Dra Wojciechowskiego. W 60-ciu gramach tkanki wyciętej wykryto około 15-u centygr. rtęci. Po operacji stan chorej zaczął polepszać się stopniowo. Objawy zapalne jamy ustnej ustępowały b. szybko, tak, że 2-go marca pozostawał jedynie nieznaczny obrzęk śluzówki dziąseł. Bóle głowy i zaburzenia żołądkowo-kiszkowe ustąpiły prawie bezpośrednio po zabiegu Chora nabrała apetytu i 10-go marca waga jej wzrosła do 51 kg. Badanie moczu w dniu 3-go marca nie wykryło obecności białka. Badanie moczu na zawartość rtęci, przeprowadzane w odstępach tygodniowych wykazały: w 1-ym tygodniu po zabiegu 3 mlgr., w 3-cim zaś tygodniu jedynie ślady rtęci. Dnia 17-go marca chora odbyła połóg, który miał przebieg prawidłowy. Dziecko przyszło na świat bez objawów czynnych swoistych, lecz słabowite i drobne. Chora wypisała się ze szpitala dnia 4-go kwietnia zupełnie zdrowa.

Jak widać z powyższego mieliśmy w danym przypadku do czynienia z rtęcicą, spowodowaną wchłanianiem się nierozpuszczalnych soli rtęciowych, wprowadzonych do ustroju zapomocą zastrzykiwań dopośladkowych. Jest rzeczą możliwą, że w wystąpieniu zatrucia odegrała pewną rolę ciąża, pozatem nieodpowiednie dawkowanie zastrzykiwanego przetworu rtęciowego i poczęści też, wadliwa technika zabiegów. Nie ulega jednak wątpliwości, że głównie i przedewszystkiem zawiniła tu sama metoda lecznicza którą jeszcze F o u r n i e r słusznie nazwał »ślepą«. Wprowadzona do syfilidologji w roku 1864-ym przez S c a r e n z i o, który pierwszy zastrzykiwał podskórnie chlorek rtęci, udoskonalona przez S m i r n o w a i B a l z e r a, wzbogacona coraz to nowemi przetworami rtęciowemi metoda zastrzykiwań soli nierozpuszczalnych rtęciowych przetrwała aż do naszych czasów. Do jej rozwoju przyczynili się niemało syfilidologowie polscy, że tylko wymienię Karwowskiego. Leszczyńskiego, Łukasiewicza, Szadka, Trzcińskiego i Watraszewskiego. Celem tej metody jest utrzymanie ustroju w stanie przewlekłego nasycenia rtęcią. Osiąga się to za pomocą perjodycznych zastrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych które następnie ulegają stopniowemu przyswajaniu i wchłanianiu. Do zalet niezaprzeczalnych metody powyższej należy: energiczne działanie rtęci, wprowadzanej w ten sposób do ustroju, pozatem prostota, czystość i taniość leczenia, co cenić należy zwłaszcza w leczeniu chorych przychodnich, Niestety, obok zalet powyższych, posiada metoda zastrzykiwań soli nierozpuszczalnych cały szereg niedogodności i braków, które wskazywano już w chwili wprowadzenia jej do lecznictwa (F o u r n i e r) a które obecnie, po 60-cio letnim okresie prób i smutnych doświadczeń, uwydatniły się jeszcze bardziej. Zadając podskórnie nierozpuszczalny przetwór rtęciowy nie można nigdy przewidzieć, nawet u jednego i tego samego chorego i to przy powtórnych zabiegach, czy i kiedy nastąpi wchłanianie leku zastrzykniętego. Badania roentgenoskopowe, przeprowadzone ostatnio przez L e v y - B i n g a, B e l g r o d e r, a i A u c l a i r'a stwierdziły, że szybkość wchłaniania się rtęci zależy: 1) od zastrzykiwanego przetworu rtęciowego, 2) od skłonności osobniczych chorego, 3) od techniki leczniczej i 4) od całego szeregu okoliczności mniej lub bardziej przypadkowych (n. prz. czynników termicznych, urazowych). Według badań roentgenograficznych C o l e, L i t t m a n n a i S c o l l m a n n a czas wsysania się poszczególnych przetworów rtęciowych waha się dla każdego z nich w granicach dość szerokich w zależności od usposobienia chorego. Wchłanianie się dawki leczniczej salicylanu rtęciowego trwa od 4-ch do 10 iu dni. Kalomel, zastrzyknięty w głębokie warstwy tkanki poskórnej, ulegał zwykle wessaniu po upływie 15 u dni, czasem jednak dopiero po 39-iu dniach. Przeciwnie w jednym przypadku całkowite wessanie kalomelu nastąpiło już po c z t e r e c h dniach. Olej rtęciowy wsysał się bardzo powoli. Zaciemnienie rtęciowe na kliszy spostrzegano nawet w 125-ym dniu po zabiegu. Technika zabiegu również wpływa wybitnie na szybkość wsysania się zastrzykiwanego przetworu. Jeżeli zastrzykiwać rtęć w warstwy głębokie tkanki tłuszczowej podskórnej, wessanie następuje znacznie powolniej, niż w zastrzykiwaniach domięśniowych (Audry, Bory, Pellier, Zieler). Zastrzykiwania domięśniowe narażają jednak chorego na znacznie większe niebezpieczeństwo w razie wystąpienia powikłań w postaci nacieków i ropni. Zawiesina rtęciowa działa na tkankę, jak i inne ciała obce. Skutkiem tego działania tworzą się dość często nacieki i otorbienia. Powstają chwilowo niezużytkowane składy rtęci, które pod wpływem czynników mniej lub bardziej przypadkowych a, w każdym razie od lekarza niezależnych, mogą ulec masowemu wessaniu. Stąd groźne niebezpieczeństwo zatrucia ustroju nadmierną ilością rtęci. We wszystkich innych sposobach leczenia rtęcią (wcierania, zastrzykiwania soli rtęciowych rozpuszczalnych i inn.) możemy w razie wystąpienia rtęcicy. zapobiec dalszemu potęgowaniu się objawów zatrucia przez natychmiastowe zaniechanie dalszego leczenia W przypadkach, leczonych zastrzykiwaniami zawiesin soli rtęciowych nierozpuszczalnych, należy w takich razach uciekać się często do interwencji chirurgicznej i to bardzo poważnej, gdy chodzi o składy, umiejscowione w tkance mięśniowej. Ze względów powyższych wielu syfilidologów (F o u r n i e r, D a r i e r i inn) radzi zastrzykiwać przetwory rtęciowe nierozpuszczalne raczej w warstwy głębokie tkanki tłuszczowej podskórnej Wysiłki syfilidologów w kierunku wytworzenia przetworów i zawiesin soli rtęciowych nierozpuszczalnych, któreby — obok działania ogólnego, leczniczego — nie wywoływały żadnych szkodliwych objawów miejscowych, nie dały, niestety, wyników zbyt pomyślnych. Nie mówiąc już o k a l o m e l u i o l e j u s z a r y m nawet zawiesiny ogólnie uznane za łagodne, jak zawiesiny salicylanu i tlenku żółtego rtęci, mogą powodować powstawanie bolesnych nacieków i otorbień (Z i e l e r) i wywoływać następczo zatrucia. W piśmiennictwie doby przedsalwarsanowej opisano niemało przypadków zatrucia rtęciowego z zejściem śmiertelnem (Fournier, Hallopeau, Levin, Smirnow i inn.). W wielu razach jedynie wycięcie złogów w miejscach zastrzykiwań zdołało uratować życie chorych (L e s e r, Ł u k a s i e w i c z). W przypadku M e n e t r i e r'a i B o u c h a r d'a zatrucie rtęcią wystąpiło u 38-mio letniej kobiety w pięć miesięcy po ostatniem zastrzyknięciu zawiesiny soli rtęciowej nierozpuszczalnej i ustąpiło dopiero po wycięciu złogów pośladkowych. (*Bulletins de la Societe Medic. des Hop.* 1906). W przypadku E. B j ö r l i n g'a zatrucie nastąpiło po ukończeniu drugiej serji zastrzykiwań oleju szarego. Chora zmarła przy ciężkich objawach rtęcicy pomimo wycięcia złogów rtęci w obydwóch pośladkach. *(Acta dermato-venerologica* 1921),

Streszczając powyższe wrażenia możemy dziś tem słuszniej zastosować do tego przestarzałego sposobu leczniczego zdanie, wypowiedziane ongi przez G o u r n i e r'a: metoda ś l e p a, gdyż nigdy nie wiadomo, jaka ilość rtęci zostanie wchłonięta, metoda n i e o p a n o w a n a, ponieważ lekarz nie może nią kierować, metoda n i e b e z p i e c z n a, gdyż zbyt często naraża chorego na ciężkie powikłania. Dzisiaj, gdy do lecznictwa przymiotu wprowadzono arsenobenzole i bizmut, zaleca się podawanie rtęci w postaci zastrzykiwań związków nierozpuszczalnych jedynie w przypadkach wyjątkowych. W praktyce codziennej należy raczej stosować sposoby być

może bardziej uciążliwe dla chorego lecz niemniej skuteczne w działaniu, a daleko bardziej opanowane. Do nich trzeba zaliczyć w pierwszej linji wcierania szarej maści rtęciowej, znakomicie nadające się do przewlekłego leczenia przymiotu (Trzciński, Watraszewski).

Dr. N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

Sanocrysina Mollgaarda.

Nowa metoda leczenia gruźlicy podana przez Dr. Mollgaarda, profesora fizjologji przy Akademji medycyny weterynaryjnej w Kopenhadze, wywołała żywe poruszenie w świecie lekarskim. Dotychczasowe wiadomości, jakie do nas dochodzą w tej sprawie są niejasne, wobec czego chciałbym pokrótce zwrócić uwagę na zasadę, technikę i dotychczasowe wyniki danej metody, którą bawiąc przed kilku tygodniami w Kopenhadze miałem sposobność bliżej poznać na miejscu dzięki uprzejmości Dr. Mörcha i Dr. Würtzena.

Na podstawie licznych doświadczeń Mollgaard przekonał się, że tiosiarczan sodowy złota działa silnie bakterjolitycznie na prątki gruźlicze. Sól ta nazwana przez niego *sanocrysiną* jest proszkiem białym, który daje się w stanie suchym przechować przez dłuższy czas bez zmiany, rozpuszcza się łatwo w wodzie a dodany do surowicy nie wywołuje żadnego skłaczkowania ani zmętnienia.

Wobec normalnego organizmu zwierzęcego i ludzkiego *sanocrysina* użyta w wysokich nawet dawkach zachowuje się obojętnie. Po wśródżylnem wstrzyknięciu 0,02—0,06 na 1 kg wagi ciała nie można zauważyć jakiegokolwiek wpływu na akcję serca, ciśnienie krwi, system nerwowy i przewód pokarmowy; ciałka czerwone i hemoglobina pozostają bez zmiany. Jedynie w nielicznych przypadkach pojawia się słaby białkomocz trwający 2—3 dni.

Silne działanie bakterjobójcze na prątki gruźlicze i obojętne zachowanie się wobec organizmu normalnego stworzyło punkt wyjścia do chemoterapeutycznego zastosowania *sanocrysiny* w przypadkach gruźliczych. Pierwsze doświadczenia wykonane w tym kierunku wykazały jednak, że w kilka godzin po wstrzyknięciu 0,01 do 0,02 gr na 1kg wagi występują objawy zatrucia tuberkulinowego z powodu rozpadu prątków gruźliczych. Nasilenie intoksykacji pozostaje w ścisłym związku ze zmianami anatomicznemi, ilością prątków i większą lub mniejszą odpornością organizmu. Zależnie od tego objawy zatrucia ograniczają się tylko do podwyższenia ciepłoty, białkomoczu, wysypki, nudności, wymiotów i biegunki, lub też przybierają formę ostrego wstrząsu tuberkulinowego z silnym białkomoczem i hematurją, obrzękiem płuc, spadkiem ciepłoty i zgonem.

Sanocrysina więc sama jako taka nie mogła być zastosowaną w schorzeniach gruźliczych i należało wynaleźć sposób usunięcia zatrucia tuberkulinowego. W tym celu zaczęto próby równoczesnego zastosowania tiosiarczanu sodowego złota z wysokowartościową surowicą antigruźliczą, otrzymywaną z cieląt i koni szczepionych żywymi prątkami gruźliczymi. Surowica ta zastosowana sama nie działa bakterjolitycznie — prawdopodobnie z powodu osłonki prątka gruźliczego — zawiera zaś wszystkie niweczniki swoiste, które wiążą toksyny wyzwolone z prątków gruźliczych. Kombinacja bakterjolitycznego działania soli złota z równoczesnem zobojętnieniem zwolnionych toksyn zapomocą surowicy antigruźliczej stanowi podstawę sero-chemoterapeutycznej metody Mollgaarda.

Obecnie Kopenhaga żyje pod hasłem metody Mollgaarda. Państwowy Zakład bakterjologiczny Madsena zajmuje się wyrobem surowicy antigruźliczej a szereg tamtejszych klinik i szpitali przeprowadza z niebywałym zapałem ale rozważnie i planowo doświadczenia na chorych, które liczni lekarze zagraniczni śledzą z wielkiem zainteresowaniem. W Oresunds-Hospital mieszczącym 300 chorych gruźliczych zastosowuje się metodę leczniczą Mollgaarda pod kierunkiem Dr. Würtzena w następujący sposób.

Choremu z klinicznie i bakterjologicznie stwierdzoną gruźlicą wstrzykuje się wśródmięśniowo dwa razy dziennie po 20 cm³ surowicy antigruźliczej. O ile nie wystąpi jakikolwiek odczyn w formie podwyższenia ciepłoty lub wyprysku, w trzecim dniu biernego uodparniania wprowadza się dożylnie 0,5 gr *sanocrysiny* rozpuszczonej w wyjałowionej wodzie destylowanej jako pierwszą dawkę. Następnie stale dwa razy dziennie stosuje się po 20 cm³ surowicy a co trzeci dzień 1 gr *sanocrysiny*. Po stwierdzeniu znacznego polepszenia stanu zdrowia wstrzykuje się 1,5 gr *sanocrysiny* jako dawkę najwyższą i końcową. W razie pojawienia się wyprysku lub białkomoczu przerywa się bez względu na okres leczenia dalsze wstrzykiwanie *sanocrysiny* aż do ustąpienia odczynu.

W przypadkach ze zmianami gruźliczemi narządów wewnętrznych stosuje się *sanocrysinę* wśródżylnie, natomiast przy zewnętrznie umiejscowionych formach chorobowych (chirurgicznych) wprowadza się ją wprost do ogniska chorobowego.

Chorzy z rozpoczynającem się charłactwem nie nadają się do leczenia *sanocrysiną*.

Próby dotychczasowe, których liczba dochodzi już do znacznej wysokości obejmują wszystkie formy gruźlicy począwszy od nacieków szczytów płucnych do ciężkich form rozpadowych, gruźlicy opon mózgowych i prosówki. W bardzo wielu przypadkach zapomocą tej metody uzyskano wyniki wprost zadziwiające, bo zupełne zniknięcie objawów chorobowych względnie wybitną poprawą, nawet przy starych formach rozpadowych i prosówce.

Nie wolno jednak pominąć milczeniem także pewnych ujemnych cech, na jakie obecnie natrafia się przy metodzie Mollgaarda.

Jak poprzednio już zaznaczyłem, po zastrzykach występuje dość często silniejszy lub słabszy odczyn utrudniający dalszy przebieg leczenia. Niejednokrotnie w kilka godzin po zastosowaniu *sanocrysiny* pojawia się białkomocz (bez wałeczków) trwający nieraz przez dłuższy okres czasu, wyprysk o rozmaitem natężeniu lub podwyższenie ciepłoty a nawet choć rzadko nagły wstrząs tuberkulinowy. W przypadkach tych musi się stanowczo przerwać dalsze leczenie, aż do zupełnego ustąpienia reakcji. Podobnie zauważono, że i surowica antigruźlicza wstrzyknięta w 2 do 3 dni po *sanocrysinie* może wywołać podwyższenie lub nagły spadek ciepłoty. Dałoby się to wytłumaczyć tylko w ten sposób, iż pod wpływem *sanocrysiny* osłonka woskowa nierozpadłych jeszcze prątków gruźliczych ulega pewnemu rozluźnieniu, dzięki czemu wysoko wartościowa surowica sama jako taka sprowadza bakterjolizę a w następstwie zatrucie tuberkulinowe. Do dalszych ujemnych cech należałoby zaliczyć pewne trudności i usterki, na jakie natrafia się obecnie przy samym wyrobie surowicy antigruźliczej. Dotychczas szczepiono żywe prątki Kocha cielętom i koniom, z których nieznaczny tylko procent dało się utrzymać przy życiu i odpowiednio uodpornić. Uzyskanie więc wysoko wartościowej surowicy na razie jest bardzo trudne i kosztowne. Brak również dokładnego sposobu oznaczania wartościowości surowicy antigruźliczej przysparza także trudności, ponieważ efekt działania surowic pochodzących z odmiennych seryj wyrobu nie jest równomiernym.

Obecnie metoda Mollgaarda pozostaje jeszcze w okresie prób i doświadczeń i jakkolwiek bardzo obiecująca wymaga jeszcze dalszej obserwacji i ulepszeń celem usunięcia obecnych niedomagań.

Bliższe szczegóły z dotychczasowych wyników podane są w pracy Mollgaarda »*Chemotherapy of Tuberculosis*« ogłoszonej z końcem poprzedniego roku (nakładca: Arnold Busck Kjobenhavn, Kjobmagergade 49).

Z dziejów nauki polskiej.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Działalność naukowa i prace prof. Walerego Jaworskiego*)

Profesor Walery Jaworski urodził się 20 marca 1849 roku we Florynce w powiecie Nowo Sądeckim w Małopolsce Szkoły średnie ukończył w Sanoku i w Przemyślu a w r. 1868 uczęszczał na wydział filozoficzny we Lwowie, który ukończył pracując w naukach przyrodniczych, przeważnie we fizyce i chemji. Po ukończeniu wydziału filozoficznego, jako profesor wyższej szkoły realnej w Krakowie, zapisał się na wydział lekarski na Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie W roku 1880 otrzymał dyplom doktora medycyny. Przez jakiś czas pracował potem na klinice Leubego w Erlangen i na klinice Liebermeistra w Tybindze. W roku 1883 bawił w lecie w Kissingen w Bawarji. W r 1883 otrzymał po wykładzie habilitacyjnym „O rozstrzeni żołądka„ *veniam legendi* w Krakowie. Przez kilka lat wówczas jako docent praktykował w lecie w Karlsbadzie w Czechach. W roku 1887-ym został profesorem nadzwyczajnym Uniw. Jagiell. W listopadzie r. 1889 z powodu choroby dostał prof. J. urlop dla poratowania zdrowia i wyjechał do Arco, potem do Mentony. Był również we Włoszech południowych a potem przebywał w sanatorjum Dra Turbana w Szwajcarji. Pobyt Jego poza krajem trwał dłużej ale mimo choroby pracował niezmordowanie naukowo i z zagranicy przysyłał do polskich pism lekarskich korespondencje i prace naukowe. Powróciwszy do kraju pracuje dalej naukowo bez wypoczynku i wkrótce dostał tytuł i charakter profesora zwyczajnego. Po śmierci prof. Edwarda Korczyńskiego obejmuje w r. 1905 kierownictwo Kliniki krakowskiej, którą prowadzi aż do ustąpienia z powodu sędziwego wieku t. j. w r. 1919. Śmierć zabrała go społeczeństwu dnia 17 lipca 1924 r.

Wszystkie prace Jaworskiego cechuje ogromna ścisłość sumienność i dokładność oraz znaczna pomysłowość w technice badania i w wyciąganiu wniosków. Przeważnie są one podwalinowe w dziedzinie nauki o chorobach żołądka, stwarzają liczne nowe pojęcia kliniczne, nowe przyrządy, metody i kierunki badania i dziś niema prawie podręcznika z tej dziedziny, czy to polskich, czy niemieckich, francuskich, angielskich lub innych, w którychby nie przytaczano wielokrotnie odkryć i prac tego polskiego uczonego, tak, że bez przesady można po iedzieć, że Jaworski był lekarzem, który aczkolwiek pracował prawie wyłącznie w kraju, to jednak należał do najbardziej znanych za granicą uczonych polskich. Prace jego obejmowały głównie doświadczenia i badania w zakresie patologji i leczenia chorób przewodu pokarmowego, obejmowały metody i sposoby badania, poglądy na patologję tych stanów i ich leczenie. Pozatem pisał o leczeniu sanatorjalnem gruźlicy płuc i o wpływie klimatu wysokogórskiego na przewód pokarmowy. Nadto położył wielkie zasługi około lecznic wa przez wprowadzenie i rozpowszechnienie sztucznych wód leczniczych i przetworów dietetycznych oraz zwalczając zgubny wpływ nadmiernego puszczania w handel bezwartościowych przetworów farmaceutycznych. Nauczanie medycyny wzbogacił wydając oryginalny własny znakomity podręcznik chorób żołądka i zbiorowy podręcznik patologji i terapji chorób wewnętrznych dla studentów. Również zasłużył się Jaworski bardzo w dziedzinie higjeny bądź wprowadzając nowe przetwory wysokiej wartości dietetycznej, bądź też propagując różne nowe myśli i postulaty: jak zakładanie sanatorjów krajowych i ludowych, żądanie zamienienia Zakopanego w uzdrowisko zimowe, żądanie obsadzania miast drzewami szpilkowemi, wytykanie braków w dziedzinie higjeny szkolnej, pouczanie lekarzy i publiczności o środkach przeciw epidemji cholery i t.p., w końcu sam zakładając pierwsze dyspenzatorjum przeciwgruźlicze w klinice lekarskiej w Krakowie.

Kultu dla historji, nauki i produkcji polskiej dowiódł on zakładając muzeum historji medycyny w klinice i jak sam się wyraża, naśladując obcych, którzy mają ten chwalebny zwyczaj, że w swoich pracach opierają się na literaturze własnego języka oraz mają zwyczaj polecania swojskich przetworów i wyrobów leczniczych. Ogrom jego prac i poczynań naukowych, wszechstronność ich a równocześnie ścisłość naukowa dają wręcz obraz czegoś niezmiernie potężnego i tytanicznego. Nie było w medycynie wewnętrznej prawie nowości którejby Jaworski nie poznał i nie ocenił na podstawie krytycznych badań własnych. Głęboka myśl, potężna indywidualność, niespożyta pracowitość, ruchliwość i krytyczność umysłu przy bezwzględnej prawości charakteru, cichości i skromności cechowały Jaworskiego. Dla nieznających go bliżej, jego małomowność stanowiła z początku hamulec dla zbliżenia się, który jednak rychło ustępował po wejściu z nim w bliższy kontakt. Toteż zapoczątkował i zogniskował on w Klinice krakowskiej gorączkową i wydatną pracę naukową i zdołał skupić około siebie wielu wybitnych lekarzy i pracowników naukowych o powszechnie znanem nazwisku, jak: Latkowski, Mięsowicz, Mayer, Kostrzewski, Nowaczyński, Tempka, Korolewicz, Łapiński, Maciąg, Szurek, Wilczyński, Paulina Wasserberg, Kluger, Wachtel, Maurycy Landau, Flis, Skórczewski, Bronisław Wejnert, Edelman i inni. Wszystko co się wiązało z postępem nauki i dobrem społeczeństwa w zakresie zdrowotnym znajdowało w Jaworskim orędownika. Towarzystwem lek. krak. zajmował się gorliwie współpracując w Komisji przemysłowo-lekarskiej, zgłaszając liczne wykłady i demonstracje i nakłaniając także skutecznie swoich lekarzy klinicznych w tym kierunku Jak pojmował stosunek kliniki do lekarzy, o tem świadczą najlepiej jego słowa własne: (Przegląd lekarski 1906. Nr. 1. Str. 8) „Kliniki na to istnieją, aby nie tylko kształciły uczniów na lekarzy, ale przyczyniały się także do dalszego ich kształcenia podczas wykonywania pracy zawodowej i przez to utrzymywały łączność z dawnymi swoimi wychowankami, pracującymi praktycznie dla dobra społeczeństwa".

Jaworski o żadne urzędy i godności nie ubiegał się nigdy. Mimo swojej skromności i cichości, i mimo wątłego zdrowia potrafił on swojej Ojczyźnie i światu dać tyle niezmordowanej twórczej i owocnej pracy i energji i tak wsławić w świecie nauki imię własne i Klinikę krakowską, iż zupełnie bez przesady rzec można i należy, że Jaworski był jednym z największych polskich lekarzy i uczonych.

Rozpatrując sposobem chronologicznym prace Jaworskiego znajdujemy w r. 1881-ym w „Przeglądzie lekarskim trzy prace. Pierwsza p. t.: **„Pożywka peptonowa przyrządzana sposobem domowym dla użycia w praktyce lekarskiej"** (Nr. 17) podaje przepis na przyrządzanie pożywki dla chorych która, przez odpowiednie wytrawienie mięsa kwasem solnym i przez dodanie odpowiednich zapraw zawiera przy dobrym smaku największą możliwą ilość łatwo przyswajalnych, do odżywienia potrzebnych, składników, bo całą ilość białka w postaci peptonów. Pożywka ta dozwala większego zużytkowania materjału pożywczego aniżeli przy użyciu buljonu i wyciągu mięsnego Liebiga. Druga praca nosi tytuł; **Wiadomości bieżące z zakładów klinicznych w Erlandze i Tübindze"** (Nr. 35—37). Praca ta jest znakomitym wzorem jak wykorzystać dla siebie i swoich kolegów spostrzeżenia naukowe na zagranicznych klinikach. Przedstawia w niej Jaworski szczegółowo swoje spostrzeżenia naukowe na klinice wewnętrznej Leubego w Erlangen, gdzie głównie kultywowano choroby trzewiów brzusznych i Liebermeistra w Tübingen, gdzie lubowano się w chorobach klatki piersiowej, szczególniej płuc i w chorobach gorączkowych. Także i z innych klinik jak chirurgicznej Heineckego w Erlandze i Brunsa w Tübindze, w położniczej Żweifla i okulistycznej Sattlera, gdzie przypadków szczegółowo nie śledził, przytacza tylko w krótkości curiosa. Praca kończy się ogólnemi uwagami o stosunkach uniwersyteckich i metodach nauczania. Trzecią pracę p t: **„Środki lecznicze używane obecnie w Kissingen"** (Przegląd lekarski z r. 1881 Nr. 39—40) napisał Jaworski przy sposobności pobytu w Kissingen w sierpniu 1881. — Omówiwszy środki lecznicze i zakres wskazań dla Kissingen. porównuje pod koniec własności i skutki lecznicze tamtejsze z Karlsbadzkimi.

Podczas pobytu Jaworskiego w Niemczech ogłosił Rejchman w „Gazecie lekarskiej" 1881. Nr. 33) swoje poszukiwania nad sztucznem trawieniem, w których zarzucił wspomnianej pożywce Jaworskiego, że nie zawiera peptonu a przez to zakwestjonował wartość tego pokarmu. Po powrocie z Niemiec Jaworski przeprowadziwszy jakościowe i ilościowe poszukiwania nad zmianami ciał białkowatych w czasie żołądkowego trawienia mięsa ponowił badania Rejchmana i w pracy p. t.: **„Składniki białkowate, wartość pożywcza i lecznicza pożywki peptonowej oraz odpowiedź na zarzuty Dra Rejchmana**, (Gazeta lek. 1882) wykazał niezbicie że metoda badań Rejchmana była niedostateczną, wnioski były wadliwe a twierdzenia niesłuszne. Co więcej Jaworski wyraża swoje zobowiązanie Drowi R. za zwrócenie swojej uwagi na jego pracę, gdyż dał mu sposobność wykazać że jego pożywka peptonowa jest dobrym środkiem pożywczym i przedstawia kazuistycznie przypadek, w którym objawy chorobowe żołądka przez samo żywienie chorego tą pożywką ustąpiły.

Jest to znamienne dla indywidualności Jaworskiego, że gdy zaraz jedna z pierwszych prac jego naukowych spotkała się z krytyką z poważnej strony, Jaworski nie reagował zniechęceniem, lecz zabrał się do pracowitej i ścisłej kontroli badań własnych i dodatkowych badań faktów, na których opierały się objektywne zarzuty przeciwnika.

W r. 1882 gim czytamy dwie prace ogłoszone na jeden temat. Jedna w „Przeglądzie lekarskim" p. t.: **„Sposób dokładnego oznaczenia ilości treści płynnej w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizjologicznych"**. Druga w Warszawskiej „Medycynie" pt. **„Kolorymetryczna metoda oznaczania ilości płynu w żołądku"**. Prace te wyszły w r. 1983 cim po niem. we „Wiener med. Woch." (Nr 12, 13.). Ponieważ zapomocą aspiratora cała zawartość żołądka nie da się usunąć bez reszty i pewna część płynu pozostaje w żołądku, przeto Jaworski podaje w tych pracach dwa sposoby oznaczenia pozostałej ilości płynu. Jeden, pewniejszy, polega na wlewaniu do żołądka miarowego roztworu pewnej soli rozpuszalnej np. siarkanu, fosforanu lub połączenia żelaza i na następnem określaniu jej rozcieńczenia przez miareczkowanie po wydobyciu ze żołądka, oraz drugi sposób mniej pewny, ale zato łatwiejszy polega na tem, że wlewa się roztwór barwika, a potem wydobyty z żołądka płyn okazuje zmniejszone natężenie barwy a tem samem stopień jego rozcieńczenia względnie ilość płynu zawartego w żołądku przed rozcieńczeniem. Sposób ten podany w medycynie naprzód przez Jaworskego niesłusznie często bywał przytaczany jako sposób Mathieu i Rémonda co dopiero Mo-

*) Podług wykładu wygłoszonego dnia 15. X. 1924 r. w Krakowskiem Kole Towarzystwa Internistów Polskich.

drakowski w dużym podręczniku chorób wewnętrznych Mohra i Staehelina sprostował.

W r. 1882 ogłasza również w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 39 pracę p. t: **Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim"** I w tej pracy zastosował zasadę podobną do powyższej. Wprowadzał do żołądka rozczyn dwóch soli o znanej treści odsetkowej ich w rozczynie i st sunku mieszaniny. Potem śledził w jakiej ilości każda poszczególna sól została essana W ten sposób wykonał doświadczenia z kilkunastoma róż nemi roz zynami solnemi pojedynczemi i złożonemi i przekonał się, że w żołądku następuje chłonięcie pojedynczych soli w różnym stosunku zależne od ich składu chemicznego. Zestawił on szereg według wessalności danych soli. Węglany kwaśne bywają najszybciej wessane, chlorki najpowolniej a siarkany zajmują m ejsce środkowe. Różnica między chłonięciem dwóch soli staje się wybitniejszą im dłużej płyn pozostaje w żołądku Obecność kwasów w żołądku powoduje tworzenie się soli kwaśnych i przyśpiesza wessanie soli a różnica chłonięcia pojedynczych soli względem siebie staje się wyraźniejszą Z powyższej, bardzo obszernej i skrupulatnie przeprowadzonej pracy wyciąga Jaworski różne praktyczne wnioski dla zastosowania klinicznego, z których przytaczam najważniejsze:

1) Kwasy, a w szczególności kwas węglowy przyczyniają się do wcześniejszego wypróżnienia żołądka, a zastosowanie leków solnych w postaci węglanów kwaśnych jest bardzo korzystne, gdyż wtenczas następuje nietylko szybsze wessanie tychże, lecz i mniejsze zadrażnienie błony śluzowej żołądka i szybsze wypróżnienie żołądka z jego treści. Stąd wskazanem jest użycie kwasów, a szczególniej wody sodowej w nadmiernem przepełnieniu żołądka pokarmami.

2) Przez wprowadzanie cieczy alkalicznych do żołądka zmniejsza się wessanie i opóźnia wypróżnianie jego z treści, a błona śluzowa bywa przez nie mocniej zadrażnioną, niż przez inne rozczyny.

3) Obecność soli kuchennej w żołądku nie wykazuje zwykle dla żołądka korzyści, gdyż ani nie przyczynia się do większości wydzielania kwasu żołądkowego (chyba może pepsyny) ani d rychlejszego wypróżnienia żołądka. Chcąc natomiast aby płyn jakiś dłużej pozostał w ż łądku i wywierał działanie na jego błonę śluzową, korzystnie będzie domieszać do niego soli kuchennej albo rozczyn zalkalizować a przez to prawdopodobnie zmniejszy się funkcję mechaniczną żołądka np. w stanach jego zadrażnienia podczas gdy przez kwasy podnieca się czynność mechaniczna żołądka Zmniejszaniu czynności mechanicznej żołądka zawdzięczają prawdopodobnie niektóre leki swoją własność uśmierzającą żołądek jak np. magnesia carbonica, natrium carbonicum, magisterium bismuthi inne węglany i tlenki metaliczne

4) Po wprowadzeniu pół litra płynu należy przypuszczać, że po upływie godz ny zaledwie czwarta część płynu może się jeszcze w żołądku znajdować, a jeżeli tym płynem jest czysta lub zakwaszona woda, to jej wcale w niem już niema. Zadając więc leki płynne można w godzinę po wprowadzeniu tychże do żołądka zezwolić na spożywanie pokarmów bez obawy, aby one zostały przez nie rozdrzedzone lub chemicznie zmienione.

Kontynuując powyższe badania ogłasza Jaworski dużą, ścisłą i mozolną pracę nad zachowaniem się wód mineralnych w żołądku w r. 1883 w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (Str. 107) p. t.: **„Porównawcze badania doświadczalne nad zachowaniem się wody karlsbadzkiej, nowej soli karlsbadzkiej, wody kissyngeńskiej i wody przekroplonej w żołądku ludzkim"**, w której dochodzi do następujących praktycznych wyników leczniczych:

1) Mając wzgląd na wypróżnienie wody z żołądka w czasie picia wód mineralnych należy uważać na przestanki 15—20 minutowe między pojedynczemi kubkami za dostateczne.

2) Picie zwyczajnej wody zimnej przed jedzeniem, a szczególnie na czczo pobudza chemiczne i m chaniczne czynność żołądka i w pewnych formach niestrawności może sprawić skutek leczniczy.

3) Woda karlsbadzka działając energiczniej, tak na błonę śluzową jak mięsną żołądka, może być korzystniejszą w zadawnionych nieżytach żołądka aniżeli woda ze zdroju Rakoczego, która natomiast pozostaje dłużej w żołądku i dlatego przez dłuższy czas działa na bł nę śluzową żołądka.

4) Ponieważ woda karlsbadzka tylko krótki czas pozostaje w żołądku, przeto swoje działanie musi wywierać przeważnie w kiszkach.

5) Przy chorobach żołądka korzystniejszem byłoby używanie wody karlsbadzkiej oziębionej, niż gorącej, a to z powodu że zimna przebywa dłuższy czas w żołądku, gdy przeciwnie ciepła woda karlsbadzka byłaby wskazaną w chorobach kiszek.

6) Użycie zimnej wody Kissingen jest w chorobach żołądka korzystniejsze niż ciepłej, z powodu silnego pobudzenia błony śluzowej i dłuższego pozostawania w żołądku. Ogrzana zdaje się być korzystniejszą w chorobach kiszek, do których się ciepła prędzej i w znaczniejszej ilości dostaje niż zimna.

7) Przy płukiwanie żołądka ciepłą wodą karlsbadzką będzie korzystniejszem niż wodą zwyczajną a nawet rozczynem węglanu sodu, z powodu energicznego jej działania na błonę ślozową i mięsną żołądka.

8) Co do tak zwanego specyficznego działania wód mineralnych to pod względem wessalności pojedynczych składników wody te zachowują się jak rozczyny soli sztuczne, potwierdzają zestawiony przez Jaworskiego szereg wessalności soli w żołądku.

9) W porównaniu z wodą przekroploną rozczyny sztuczne dłużej pozostają w żołądku, podczas gdy wody mineralne pozostają w mniejszej ilości w żołądku niż woda przekroplona, czyli pod wpływem wód mineralnych wypróżnienie żołądka jest szybsze.

Przy powyższych żmudnych badaniach chemicznych i doświadczalnych nie mi ł Jaworski w literaturze lekarskiej utorowanej d ogi do takich badań na człowieku i był pozostawiony sam sobie do szukania metod badania i sposobów wykonywania doświadczeń. Prace te Jaworskiego były, zatem nietylko w swych rezultatach ale i w żmudnej a ścisłej metodyce chemiczno-doświadczalnej w całem tego słowa znaczeniu pracami pionierskiemi w medycynie.

W pracy ogłoszonej w r. 1883 w „Przeglądzie lekarskim" p. t: **„O wewnętrznem stosowaniu przetworów i wód żelazistych w praktyce lekarskiej"** dowodzi, że warunkami dla korzystnego podawania leków żelazistych, są:

1) Sok żołądkowy prawidłowy t. j zawierający normalny kwas żołądkowy a nie przechodzący przez fermentację patologiczną treści żołądkowej, o czem przez aspirację treści żołądkowej i zbadanie jej chemiczne przekonać się należy.

2) Domieszka wyskoku

3) Obecność kwasu węglowego w lekach żelazistych w celu przyśpieszenia wessania tychże.

4) Znaczniejsze jednorazowe dawki leku, aby utworzyć przez to rozczyn więcej zgęszczony i przez to wynagrodzić krótki czas przebywania leku w żołądku do wydzielania treści żołądkowej.

Powyższym warunkom w praktyce lekarskiej czyni zadość szczawa żelazista zawierająca węglan żelazowy kwaśny w rozpuszczeniu, a używana przy źródle z małym dodatkiem wina białego, co jednak w praktyce pozazdrojowej już nie da się uskutecznić, gdyż woda żelazista we flaszkach, żelaza w rozpuszczeniu wcale nie zawiera. W praktyce pozazdrojowej uważa Jaworski za najracjonalniejsze pigułki Blauda, w których skutecznym właśnie jest węglan żelazowy wytwarzający się w żołądku. Nadto podaje Jaworski w tej pracy przepisy na musujące żelaziste proszki oraz musującą żelazistą wodę, naśladującą zdrojowe szczawy żelaziste, które są bardzo korzystne w połączeniu z winem lub wodą sodową Po niemiecku ogłasza tę pracę w „Terapeutische Monatshefte" (1903).

W tymże roku (1883) wychodzi w „Przeglądzie lek." wykład habilitacyjny Jaworskiego p. t.: **„O powstawaniu i rozpoznawaniu rozszerzeni żołądka"**, w którym gruntownie i obszernie opracowana jest etjologja, rozpoznawania, obraz kliniczny i sposoby rozpoznawania, obraz kliniczny i sposoby leczenia tego cierpenia. Jest to zdaniem Biegańskiego doskonały opis kliniczny tej sprawy, oparty przeważnie na własnem doświadczeniu.

W szczególności np. Jaworski zwrócił pierwszy uwagę na to, że w czasowej rozszrzeni żołądka zalegarnie treści przez zadrażnienie błony śluzowej wywołuje nadmierną kwaśność podczas trawienia. Jego spostrzeżenia kliniczne też wykazały że przy nadmiernie kwaśnej treści żołądkowej miazga pokarmowa zmieszana ze żółcią wraca się z dwunastnicy napowrót do żołądka prawdopodobnie wskutek podrażnienia dwunastnicy do ruchu przeciwrobaczkowego, przez zbytecznie kwaśną treść żołądkową. wrócona miazga pokarmowa tem dłużej zalega w żołądku i obciążając go nadmiernie, prowadzi do zużyciu a mechanicznego narządu i osłabienia jego kurczliwości Według spostrzeżeń Jaworskiego postać czasowej rozszrzeni żołądka t zw. *„Atonia relativa v. ectasia digestiva cum hyperaciditate digestiva"* rozwija się w ten sposób, że wpierw powstaje niedowład narządu, a następowo zatrzymywanie się treści, gromadzenie się kwasu żołądkowego i drażnienie błony śluzowej do trwałego wydzielania kwasu; gdy niedowład znika, ustępuje i nadmierne wydzielanie kwasu Podczas gdy Riegel i kilku innych autorów byli odmiennego zdania, uważając za pierwotne nadmierne wydzielanie kwasu, to jednak Boas przechylił się do zdania Jaworskiego, że a onja żołądka jest początkowym okresem. Jaworskiemu też zawdzięcza medycyna wprowadzenie nowego pojęcia klinicznego: *Ectasia ventriculi paradoxa"* o którem później będzie mowa.

W r. 1883 ogłasza w „Medycynie" (Nr. 1) i w „Deutsches Archiv für klinische Medizin" pracę p. t.: **„Aspirator żołądkowy służący równocześnie do stosowania ciągłej kąpieli żołądkowej"**. W pracy tej opisuje, swój doskonale obmyślony, przyrząd w którym woda wypływająca z wysoko ustawionego naczynia stwarza próżnię i w ten sposób aspiruje treść żołądkową przez sondę żołądkową do butelki, przez co można zebrać do badania całą ilość niezmienionej treści żołądkowej Z drugiego naczynia wysoko ustawionego, również połączonego ze sondą, można doprowadzić systemem lewarowym płyn dla przepłukania żołądka. Ponieważ rury doprowadzające i odprowadzające zaopatrzone są ściskaczami do zamykania przeto można dowoli aspirować lub wpuszczać płyn do żołądka. Przy leczeniu niedowładu mechanicznego lub niedomogi wydzielniczej, naczynie doprowadzające płyn, zastępuje Jaworski syfonem z zimną wodą sodową zwyczajną lub kwaśną, z którego ostrożnie wprowadza kw. węglowy z zimną wodą w celu podrażnienia żołądka, czyli urządza natrysk albo kąpiel gazową żołądkową. Przy tej sposobności zaznaczyć należy, że Jaworski wogóle w medycynie wewnętrznej pierwszy zastosował sondę żołądkową w celach doświadczalnych, podczas gdy Kussmaul (1869) wprowadził ją do kliniki w celach leczniczych, a Leube (1871) w ce-

lach rozpoznawczych. Rozpowszechnienie się doświadczalnego zastosowania sondy żołądkowej, wprowadzone przez Jaworskiego wyrugowało w znacznej części doświadczenia nad trawieniem żołądkowem, przedtem wykonywane wyłącznie na zwierzętach lub przypadkowych przetokach u ludzi.

Już jako docent ogłasza w tymsamym roku w „Przeglądzie lekarskim" (1883) i w „Zeitschrift für Biologie" Jaworski wyniki swoich doświadczeń wykonanych na klinice prof Korczyńskiego w obszernej pracy p t: **„O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych"**. W doświadczeniach tych nad zachowaniem się kwasu węglowego, tlenu i ozonu w żołądku, doszedł on do następujących wyników:

1) Wprowadzone gazy powiększają ilość wydzielonego soku co jednak może pochodzić od mechanicznego zadrażnienia żołądka przez parcie gazów na ściany tegoż Lecz i przyroda gazu zdaje się wpływać na ilość wydzielonej cieczy, gdyż przy różnych gazach nie jest ona jednakową; największą ilość płynu w żołądku znaleziono po wprowadzeniu ozonu.

2) Zmiany w składzie chemicznym soku przy poszczególnych gazach okazują się różne. I tak tlen sprawia wytworzenie się mocno a kalicznego soku nietrawiącego, tylko nieco białka rozpuszczającego, ozon w mniejszym lub większym stopniu zmniejsza alkaliczność soku a kwas węglowy przeważnie podnosi kwasotę soku żołądkowego i dodaje mu własności przeciwgnilne t. j. że wydzielony sok kwaśny nie psuje się.

3) Uczucie podmiotowe korzystne i pewien rodzaj skutku leczniczego sprawił tylko kwas węglowy.

W celu leczniczego wprowadzenia kwasu węglowego do żołądka, stosuje Jaworski w praktyce wspomnianą wyżej t. zw. leczniczą kąpiel gazową żołądka, przyczem ze syfonu z wodą sodową własnego pomysłu sondą podwójną (*a double courant*) doprowadza i wyprowadza kwas węglowy. Użycie kwasu węglowego uważa on za wskazane:

1) Przy atonji błony mięsnej żołądka w celu pobudzenia jej do kurczliwości

2) Przy braku soku kwaśnego w żołądku i wynikającej stąd *dyspepsia putrida*, w której treść żołądka przyjmuje woń białka rozkładającego się.

3) Przy braku łaknienia w ogólności, dla usunięcia nieprzyjemnych sensacyj w żołądku, szczególnie u osób hypochondrycznych, oraz dla uśmierzenia bólów tak kardjalgicznych, jakoteż w przypadkach raka żołądkowego.

W tej samej pracy podaje Jaworski sposób mierzenia pojemności żołądka zapomocą gazów oraz metodę mierzenia odporności, względnie kurczliwości żywotnej, ścian żołądka ludzkiego.

(C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Gaston Lyon. **Précis de Clinique, Sémiologique (Diagnostics, Pronostics et Traitements)**. Masson et Cie Paris 1924 str. 700. Index Bibliografique str. 17. Table de Matieres str. 16. Cena opr. 28 fr.

Że Francuzi mają oryginalne pomysły literackie, wiemy od dawna; a także w medycynie zjawiają się nieraz u nich dzieła, których układ, budowa, odbiegając od zwykłego niejako szkolnego szematu, zyskują odrazu nasze uznanie. Książka Lyon'a, wytrawnego klinicysty-autora, nie jest systematycznym podręcznikiem sposobów badania klinicznego, ani patologją i terapją kliniki medycznej, a przecież jest doskonałym przewodnikiem w rozpoznawaniu różniczkowem chorób wewnętrznych.

Całość obejmuje sześć działów: I. wywiady, II. Badanie chorego, III. Badanie laboratoryjne. IV. Badanie poszczególnych narządów, oraz zestawienie objawów (semiotyka). V. Rokowanie. VI. Zabiegi lecznicze.

ad I). Wiemy, że uzyskanie wywiadów jest rzeczą wymagającą wiele doświadczenia, znakomitego wyszkolenia i nieraz zmysłu szczególniejszego — węchu — »*flair*«. Sposób i zakres wywiadów przedstawia autor wprost doskonale. »Pozwolić opowiadać choremu«, jakkolwiek często z stratą drogiego czasu, uważa autor za cenne źródło orjentacji lekarza; wszystkie okoliczności, należące do wywiadów, objaśnia autor na przykładach trafnych, dobrze dobranych. U kobiet oczywiście wywiady objąć muszą szczegóły, dotyczące narządów płciowych, w myśl zasady może przesadnej: *Tota mulier in utero*. Radzi wywiady spisać.

ad II). Rozdział o badaniu chorego (blisko 100 stronic) obejmuje nie zestawienie sposobów, lecz wskazówki drobiazgowe, tłumaczące rozpoznawczą wartość wyników uzyskanych badaniem. Dział ten, oryginalnością swoją góruje nad innemi. I znów mamy przykłady, gdzie badający lekarz nic nie znajduje, a drugi systematyczniej zbadawszy chorego stwierdza, ragadę kiłową między palcami stopy. Omówiwszy znaczenie rozpoznawcze nieprawidłowej ciepłoty ciała, tętna, ciśnienia krwi, sposobu układania się chorego w łóżku, siadania, objawu Kernig'a, objawu Minor'a [1]) zboczenia chodu przechodzi autor do djagnostycznych poszczególnych objawów chorobowych skóry, sinicy (związek tejże z schorzeniami gruczołów dokrewnych n. p. tarczycy) choroby Raynaud'a, Erytromelagji, Polyglobulji (choroba Vaqueza), *acanthosis nigricans* Pollitzer-Janowski [2]), zmiany kiłowe i t. d. słowem, kreśli *in nuce* prawie całą dermatologję wraz z objawami zakaźnych chorób ostrych i przewlocznych, krótko jasno i ściśle. Następuje topograficznie przegląd zmian na kończynach dolnych, schorzeń pachwin, międzykrocza narządu płciowego. Bardzo szczegółowo podane są wyniki badania jamy brzusznej (punkty bolesne lewego i prawego *epigastrium*, punkt dwunastniczy, trzustkowy, pęcherzykowy [3]), Mc. Burney'a, Lanza) punkty »nerwowe«. Przedstawiwszy zmiany chorobowe widoczne na klatce piersiowej, na grzbiecie, możliwości zmian różnorakich kręgosłupa, przechodzi do kończyn górnych (porażenia, zaniki, choroba Dupuytrena, dna, gościec, schorzenia paznogci i t. d.). Nader szczegółowo przedstawione są zboczenia szyji, twarzy, oczu, pola widzenia, źrenic — zawierające istną skarbnicę wskazówek rozpoznawczych, — to samo dotyczy schorzeń czaszki, i jamy ustno-gardzielowej. Osobno omawia autor »objawy wywołane« sztucznie *(signes provoqués)* odruchy, dermografję, objaw Chvostka, Hoffmana, Lasségue'a, uciskowy Weill-Rumpell, ciepłej kąpieli *(signe du bain chaud)* Babiński, pozwalającej odróżnić *angiospasmus* ustępujący pod wpływem ciepła od *arteriitis obliterans*, śródmięśniowe stosowanie adrenaliny, atropiny itd. wszędzie, choć paru słowami wskazuje na ich wartość rozpoznawczą.

ad III). Omówiwszy na przykładach doniosłość badań pracownianych dla uzyskania rozpoznania przy stwierdzeniu równoczesnem, że niekiedy występuje sprzeczność pomiędzy wynikiem badania klinicznego a pracownianego (np. Wasserman wybitnie ujemny przy niewątpliwem podłożu kiłowem: w tym przypadku przemawia za próbnem leczeniem swoistem) przechodzi autor kolejno ocenę wyników badania moczu, próby (»przepuszczalności«) czynnościowe nerek, rozpoznawczą wartość wyników uzyskanych z badania krwi, wstrząsu chemoklasycznego, rodzaje osobniczych odczynów krwi (Moss) w przypadkach przetaczania krwi. Badanie płynów, mózgordzeniowego, wysięków o ile dają wskazówki rozpoznawcze, odczyny skórne (Pirquet, Schick) itd. uzupełniają ten rozdział zakończony szkicem badań treści żołądkowej, dwunastniczej i kału, wreszcie uwagi o radjoskopji

ad IV). Badaniu poszczególnych narządów poświęca Lyon przeszło str. 400. Za zasługę należy poczytać autorowi, że na wstępie przed badaniem poszczególnego narządu omawia dziedziczność, właściwości osobnicze, początek schorzenia, zmiany czynnościowe stanu ogólnego a potem przechodzi do badania szczegółowego. Wzorowo przedstawiony przewód pokarmowy.

Zużytkowanie badań żołądka i jelit stanowi może najpiękniejszą część tego działu — obfitującego w dobrze dobrane przykłady. Drobiazgowo rozbiera autor znaczenie rozpoznawcze bólów, umiejscowienia rodzajów bólów z przedziurawień (»dramaty brzuszne«) itd Przegląd treściwy trudności rozpoznawczych, bardzo cennych uwag różniczkowo-rozpoznawczych, przy *appendicitis* wspomina o objawie Rovsinga, Bastedo (przez wydmuchanie okrężnicy), Jaworskiego i Łapińskiego (uniesienie prawej kończyny dolnej) stanowi znakomite uzupełnienie tego rozdziału. Z tą samą ścisłością obrobione są schorzenia wątroby, trzustki i otrzewnej (nie zapomina o: »*péritonites phantomes*« u histeryczek. Rozdział obejmujący drogi oddechowe zawiera najszczegółowszy

[1]) Chory dotknięty rwą kulszową, siadając zgina przedewszystkiem kolano chorej strony.

[2]) Skóra pomarszczona, ciemna z brodawkowatemi wybujałościami.

[3]) Wcisnąć palec pod koniec prawego 9 żebra w chwili oddechu. Autor nie zna jeszcze R. S. (*reactio succusionis*) Chełmońskiego.

przegląd objawów bezpośrednich i pośrednich mogących mieć jakiekolwiek znaczenie rozpoznawcze. W rozdziale o badaniu narządu krążenia cenne są uwagi autora o bólach sercowych podług obecnych poglądów. Badania czynnościowe serca wymagałyby obszerniejszego omówienia — ze względu na doniosłość oceny sprawności serca. Omówiwszy narząd moczowy stosunkowo krótko, poświęca autor obszerny rozdział — bo blisko 120 stronic układowi nerwowemu. Choroby zakaźne, przemiany materji, choroby krwi, objawy anafilaktyczne, krótki rys schorzeń skóry stanowią zakończenie działu IV.

ad V). »W sprawie rokowania«, (któremu jest poświęcony rozdział V.) »często myli się i najdoświadczeńszy lekarz« powiada na wstępie autor. Przedstawiwszy zwięźle rodzaje rokowań, wypowiada w końcu zdanie, że rokowanie zależy nie od choroby lub od chorego, lecz od lekarza [4]). Dołączony krótki przegląd chorób podaje wskazówki prognostyczne — przeważnie trafne.

ad VI) Rozdział poświęcony leczeniu zawiera przegląd środków chemicznych, fizykalnych higjenicznych, opoterapji, szczepionek, surowic, wreszcie psychoterapji i środków chirurgicznych. Rozdział ten — to terapja ogólna w zarysie — oczywiście z uwzględnieniem zdobyczy terapeutycznych najnowszej doby. Może zbyt krótko przedstawiono koloido-proteino-terapję i sprawę wstrząsu koloido klazowego. Ustępy o postępowaniu lekarza podczas leczenia, ustęp o »właściwościach« terapeuty zasługują na wyróżnienie. W całości książka L y o n a znamionująca lekarza doświadczonego, łączącego obszerną, gruntowną wiedzę z ogromnem doświadczeniem u łoża chorego będzie nieodstępnym towarzyszem i doradcą młodych praktyków, a i starszemu lekarzowi w niejednej wątpliwości wskaże drogę trafnego rozpoznania i leczenia. Napisana barwnie, żywo — czytając ją ma się wrażenie że do nas przemawia kolega ogromnie doświadczony i logicznie myślący. *Pisek* (Lwów).

Przegląd pismiennictwa.

Therapie der Gegenwart.

Nr. 1. 1925.

F. K l e m p e r e r. **W sprawie chemoterapji gruźlicy. Leczenie gruźlicy przetworem prof. Mollgaarda, sanokryzyną.** Chemoterapja gruźlicy najwięcej prób czyni obecnie, stosując związki metali ciężkich, mianowicie złota. Początkowo mówiono o parasito-tropowem, bakterjobójczem działaniu tych związków; odstąpiono jednak od tego poglądu i dziś mówią o nozo-tropowem działaniu, o ich wpływie na wytwory chorobowe tkankowe: związek złota przyśpiesza autolizę czynnika chorobowego, zbyt powolną (działanie katalityczne).

W dziele (o 419 stronach) w r. 1924 wydanem po angielsku przez fizjologa duńskiego prof. Mollgaarda, opisano działanie nowego związku złota, sanokryzyny. Ten przetwór ma posiadać zdolność przenikania otoczki tłuszczowej laseczników Kocha i przez to je niszczy. Powstające przy tem wolne endotoksyny wywołują jednak białkomocz, krwiomocz, objawy ze strony serca (*myocarditis toxica*), obrzęk płuc, spadek ciepłoty, zgon — jako objawy toksynemji i objawy działania tuberkuliny.

W celu zapobieżenia tym objawom wtórnym stosuje M. współcześnie z sanokryzyną swoistą surowicę antitoksyczną; ta surowica zobojętnia ujemne skutki toksynemji, wywoływanej przez nowy środek. Tem niemniej, zarówno zwierzęta, jak i ludzie, leczeni sanokryzyną i surowicą wykazują: podniesienie ciepłoty, objawy skórne, biegunkę, utratę wagi — w stopniu jednak nikłym.

Wyniki dotychczasowych, aż do roku trwających, prób leczenia tym środkiem ludzi chorych są zachęcające. Twórca metody jest bardzo powściągliwy w ocenie otrzymanych wyników.

Jeden z współpracowników profesora M. tak stan obecny wyników otrzymanych formułuje: leczenie sanokryzyną okazało się w wielu przypadkach metodą, dającą wyniki lepsze, aniżeli podobne metody dotąd stosowane.

Jest to metoda, którą wolno stosować wyłącznie w warunkach szpitalnych. *S. Sg.*

Medizinische Klinik.

Nr. 42. 1924.

B. F i s c h e r. **Przymusowe ruchy przy zapaleniu mózgu śpiączkowem.** W ostatnich czasach coraz częściej spotyka się obok myoklonicznych lub tonicznych drgawek, ruchy mimowolne nie należące do żadnej wymienionej kategorji — jako następstwa przebytego zapalenia mózgu śpiączkowego. Autor podaje jeden przypadek, gdzie bezpośrednio po przebytej śpiączce wystąpiły ruchy choreatyczne obu nóg, doprowadzające do skrzyżowania tychże. W 4 lata potem wystąpiły ruchy o charakterze kurczów torsyjnych lewego przedramienia, bez specjalnego rytmu, które powodowały zgjęcie dłoni i palców oraz pronację względnie silną rotację przedramienia w stawie łokciowym do wewnątrz. A w kilka miesięcy potem wystąpiły u tego chorego przymusowe ruchy głową (odchylenie w prawo).

W drugim przypadku wystąpiły w 3 lata po ostrem śpiączkowem zapaleniu mózgu myśli przymusowe: »dlaczego ludzie chodzą na nogach, a nie na głowie«, »dlaczego mężczyźni nie mają długich włosów« i t. p. W kilka miesięcy potem przymusowe skręcanie głowy w lewo. W rok potem przymusowe pisanie słów w odwrotnym porządku (nie pismem zwierciadlanem).

W trzecim przypadku obserwował autor w 4 lata po przebytej *encephalitis epidemica* ciekawe zaburzenie chodu: chód w linji prostej był wogóle niemożliwy. Gdy się chorego spowodowało do chodzenia, wówczas występowało najpierw skręcenie głowy i oczu w prawo, potem chory zaczynał się kręcić około własnej, długiej osi, w koło, na prawo, i to tak długo, aż upadł zmęczony lub przypadkowo oparł się o jakiś przedmiot napotkany i stawał.

We wszystkich przypadkach uderza przymusowe skręcanie głowy i gałek ocznych w jednym kierunku. Czyli w *corpus striat.* musi się przyjąć jądro, które pośrednio lub bezpośrednio wpływa na skojarzone spojrzenia. W odróżnieniu od korowych dewiacji spojrzenia, tutaj te przymusowe ruchy są jednak, poniekąd podporządkowane woli osobnika.

Przymusowe myśli trudno jest odgraniczyć od neuroz psychogennych. *Falkiewicz* (Lwów).

Nr. 44.

S t r i e c k. **Symptomatologja choroby Biermera.** Autor podaje częste występowanie choroby Biermera u osobników starszych, t. j. między 50—70 rokiem życia i to częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Jako pierwsze objawy tej sprawy chorobowej występują w 86% przypadków schorzenia przewodu pokarmowego. Do objawów charakterystycznych zalicza autor bolesność i uczucie pieczenia języka i gardła, żółtaczkowe zabarwienie skóry, wybroczynki na błonach śluzowych. W sercu stwierdza się szmery skurczowe anemiczne natomiast ciśnienie tętnicze nie jest nigdy podwyższone. W płucach rzadko można zauważyć zmiany patologiczne. Wątroba i śledziona również nie wykazuje żadnym zmian.

Charakterystyczny dla choroby Biermera jest ból, występujący przy opukiwaniu kości długich i mostka, oraz osłabienie wzroku z powodu obecności wybroczyn na siatkówce. Chorzy pocą się obficie, natomiast ciepłota ciała jest czasem tylko podwyższona.

S o b o l o w s k i. **Próby sprawności serca.** Autor podaje, że wypukiem i wysłuchem czynności serca dokładnie stwierdzić nie można, i często serce bez zmian przysłuchowych jest za słabe, by wytrzymało uśpienie. Podaje metodę bardzo dobrą celem wypróbowania sprawności serca; polega na tem, że uciskamy tętnicę udową do więzadła pachwinowego i liczymy tętno. Potem obustronnie uciskamy silnie naczynia przez dwie minuty, by tętna nie można wyczuć. Jeżeli tętno po dwóch minutach wynosi o dwa do sześć uderzeń więcej, aniżeli przedtem, wtedy sprawność serca jest dość dobra i chory uśpienie wytrzyma Jeżeli natomiast po dwóch minu-

[4]) Podobno znakomity klinicysta Schoenlein miał raz powiedzieć: Die Sicherheit der aerztlichen Aussprüche steht manchmal im umgekehrten Verhaeltnisse zu den Erfahrungen des Arztes.

tach można policzyć ośm lub więcej uderzeń, siła serca jest za słaba, mimo że n. p. wysłuchem nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych. Autor poleca stosowanie tej metody.

Nr. 45.

Kretschmer-Bodenheimer. **Odczyn Wassermanna przy gruźlicy.** Podobnie jak przy kile, zastosowano w nowszych czasach odczyn Wassermanna przy gruźlicy. W wielu jednak przypadkach gruźlicy czynnej, wypadł odczyn Wassermanna na gruźlicę ujemnie, wobec czego uznano tą metodę za niedokładną.

Krieger-Noah. **Leczenie siarką przewlekłego gośćca stawowego.** Autorowie zalecają leczenie ostrego i przewlekłego gośćca stawowego preparatami siarkowemi, jak: *sulfur praecipitatum, sulfur colloidale sufrogel* z dobrym wynikiem. W każdym przypadku należy zbadać krew na obecność *streptococcus viridans.*

Ponieważ po wstrzyknięciu *sulfur praecipitatum* chorzy reagują podwyższoną ciepłotą ciała, silnemi bólami głowy i wymiotami, autorowie polecają wstrzykiwania wśródmięśniowo *sulfur colloidale* w rozczynie 0,6—1%-owym, w ilości 1/4—4 cm^3, w czterodniowych odstępach czasu. Po takich wstrzykiwaniach reagują chorzy podwyższoną ciepłotą ciała, która objawia się dopiero dnia następnego po wstrzyknięciu.

Sufrogel nie powoduje żadnych bólów, a działanie następuje po wstrzyknięciu 0,1—0,5 cm^3 0,3%-owego rozczynu.

Bondi. **Auskultacja intrathorakalna.** Autor podaje, że założywszy choremu zgłębnik do żołądka i wysłuchując tą drogą tony serca, mamy o wiele lepsze wyniki, aniżeli przy zwyczajnem wysłuchiwaniu tonów serca. Aby jednakowoż gruby zgłębnik żołądkowy nie wywołał wymiotów u chorego, można zastosować cienki zgłębnik dwunastnicowy.

Blum. **Wtręty w białych ciałkach krwi przy ciężkiej żółtaczce.** Autor podaje, że ciężką formę żółtaczki można rozpoznać z obrazu krwi, mianowicie zwiększona ilość ciałek białych oraz przesunięcie na lewo wedle Arnetha wskazuje na septyczną sprawę zapalną.

Weigelt zauważył przy ostrym żółtym zaniku wątroby, w wielojądrzastych obojętno chłonnych ciałkach białych, monocytach i trombocytach, wakuole, które histochemicznie składają się z kulek tłuszczu. Te same zmiany w ciałkach białych występowały przy sprawach infekcyjno-toksycznych Autor uważa te wakuole za charakterystyczny objaw przy żółtym zaniku wątroby. Jednakowoż wystąpiły wakuole w jednym przypadku zatkania dróg żółciowych, i przy zapaleniu woreczka żółciowego, co autor tłumaczy zaburzeniem przemiany materji i zaburzeniem przemiany cholesterynowej.

Dr. Arnoldówna (Lwów).

Ernest Lewin. **O zapobieganiu kile dziedziecznej.** Autor opisuje przypadek, w którem urodziło się dziecko kiłowe, mimo że u obojga rodziców klinicznie ani serologicznie kiły nie stwierdzono. Wytłumaczyć to można tylko błędem technicznym w wykonywaniu odczynu. Autor wspomina o doświadczeniach Varó, który przy ujemnym O. W. u matek dzieci kiłowych znajdował dodatni odczyn Sachs-Georgiego. W końcu z wielkim naciskiem zwraca autor uwagę na konieczność leczenia ciężarnych, które są chore na kiłę lub ją przebyły. *Dyboski* (Kraków).

Nr. 46.

Schiff. **Rozpoznanie drobnowidowe zatrucia ołowiem.** Jako wczesny objaw zatrucia ołowiem podaje autor zasadochłonną punktację czerwonych ciałek krwi i poleca oglądnąć grubą kroplę, albo jeżeli oglądamy rozciągany preparat krwi to poleca w ciemnem polu widzenia, ponieważ tylko wtedy można odróżnić zasado-chłonną punktację od polychromazji.

Pollak. **Podawanie »resanolu« w miejsce tranu rybiego.** Autor poleca przy krzywicy, skazie krwotocznej i spasmofilji resanol w proszku, zawierający: *Calcium lact., Calc. jod., Calc. phosph., Pepton, Extr. Maltii* i *Sacchari lactis.* Podaje się trzy razy dziennie na koniec noża. Jest smaczny w użyciu.

Schmidt podaje jako dobry środek wykrztuśny »Kresival« przy wnękowej gruźlicy u dzieci, przewlekłej gruźlicy płuc u starszych przy zapaleniu płuc i przy grypie.

Środek ten można zastosować przy kokluszu, ponieważ działa uspokajająco. Podaje się w dużych ilościach (3—4 łyżki dziennie).

Walterhöfer-Schramm. **Leczenie złośliwej niedokrewności zapomocą usuwania szpiku kości długich.** Przy kryptogenetycznej niedokrewności złośliwej stosuje się naświetlania promieniami Röntgena aparatu szpikowego, lub usunięcie śledziony, która ma na celu podrażnienie szpiku kostnego. Autor sądzi, że zamiast drogą okrężną, t. zn. przez usunięcie śledziony podrażnić szpik kostny, lepiej jest podrażnić go wprost, mianowicie przez usunięcie szpiku w jednej kości długiej. Przez taki zabieg następuje regeneracja, podobnie jak przez naświetlanie promieniami Röntgena przy białaczce, lub polycytaemji.

Zabieg ten wykonuje się w znieczuleniu miejscowem; przeciwwskazany jest u osób nerwowo chorych.

Dr. S. Arnoldówna (Lwów).

Rosner. **O leczeniu gruźlicy chirurgicznej angiolimfą.** Praca z oddziału Sternberga w szpitalu Franciszka Józefa w Wiedniu. Autor stosował angiolimfę dra Rous w całym szeregu zaniedbanych przypadków gruźlicy chirurgicznej, przeważnie z dobrym skutkiem.

Obserwacja trwała przeszło rok, W szeregu przytoczonych ciężkich przypadków gruźlicy stawu kolanowego, owrzodzeń gruźliczych, obok komplikacyj w płucach i gruczołach chłonnych, u osób dziedzicznie obciążonych autor uzyskał zupełne wyleczenie po zastosowaniu wstrzykiwań względnie okładów z angiolimfy. W przypadkach zaś, w których nie mógł osiągnąć wyleczenia, podnosi korzystny wpływ angiolimfy na stan ogólny, bolesność, wagę ciała i stan gorączkowy. Autor nie podaje, jaki jest sposób działania tego środka, sądzi tylko, że wzmacnia on odporność tkanek.

Ruff (Lwów).

Nr. 47.

Detre. **Ukryta niedokrewność złośliwa i brak kwasu solnego w żołądku.** Autor zauważył, że przy niedokrewności złośliwej bardzo często stwierdza się brak kwasu solnego w soku żołądkowym, co ma wielkie znaczenie patogenetyczne. Wedle zdania niektórych autorów, jak Naegelego, Sahliego prawidłowe wydzielanie kwasu solnego wyklucza rozpoznanie niedokrewności złośliwej. Autor stwierdził z 50-ciu przypadków niedokrewności złośliwej, w 48-miu przypadkach brak kwasu solnego w soku żołądkowym. Autor podkreśla ważność badania soku żołądkowego na obecność kwasu solnego.

Buttenwieser, Biberfeld. **Schorzenie wątroby, przebiegające z gorączką przy lues tarda w wieku dziecięcym.** Autorowie opisują przypadki schorzeń wątroby u dzieci na tle *lues tarda,* które przebiegały z podwyższoną ciepłotą ciała. Podobnie przebiegają schorzenia wątroby przy kile trzeciorzędnej u osobników dorosłych. Często przy kile wrodzonej u dzieci odczyn Wassermanna w surowicy krwi wypada ujemnie. Djagnostycznie ważne jest powiększenie wątroby i śledziony, intermittujący (przepuszczający) przebieg ciepłoty, która dochodzi do 39°—40° C. Dziwne jest, że ogólny stan chorego jest dobry, mimo podwyższonej ciepłoty ciała. Po specyficznem leczeniu (*Cali jodati, Hg. Salwarsan*) objawy ustępują po 2—3 tygodniach.

Roller. **Ostra białaczka szpikowa występująca pod postacią krwotoku wewnętrznego.** Autor opisuje chorego, u którego z powodu krwotoku wewnętrznego i krwawych wymiotów rozpoznano wrzód żołądka. Ciepłota ciała doszła do 40,1° C, gruczoły przyuszne znacznie obrzękły, chory czuł się coraz gorzej, aż nastąpiło zejście śmiertelne.

Badanie krwi wykazało: 2,200.000 ciałek czerwonych, Hemoglobina 36 (Sahli), 12.000 ciałek białych, anizocytozę, polychromazję, dużo makrocytów, 33% myelocytów, 2% jądrzastych normoblastów.

Sekcja zwłok wykazała ciemno-czerwone zabarwienie szpiku kostnego, zawierającego przeważnie myeloblasty, *purpura intestinalis,* zamazaną strukturę śledziony, a więc ty-

powy obraz ostrej białaczki szpikowej, który za życia trudno było rozpoznać. Autor kładzie dlatego wielką wagę na obraz krwi, i podkreśla, że należy w każdym przypadku dokładnie zbadać krew.

Dr. S. Arnoldówna (Lwów).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie.

T. XCIII. 1924.

P i n é a s H. **Kliniczny i anatomiczny obraz jednego przypadku zatrucia CO. (Dodatek do psychomotorycznej apraksji i pokrewnych zaburzeń ruchowych).** U 62-letniej kobiety po zatruciu CO wystąpił obraz skomplikowanych zaburzeń psychomotorycznych, polegających na a-, hiper- i parakinezie; spostrzegano też u chorej opisaną przez Kleista spóźnioną i przedłużoną reakcję motoryczną, pseudonegatywizm i ruchy przymusowe o charakterze ruchów pseudospontanicznych, objawy kataleptyczne, amimję, wzmożone napięcie mięśniowe z przewagą strony lewej, napadowo występujące poty i wysypkę pęcherzykową.

Sekcyjnie znaleziono symetryczne ogniska rozmiękczynowe w *globus pallidus* i *putamen* po obu stronach z rozległemi zmianami naczyniowemi. Zmianom tym przypisuje autor powstanie wszystkich objawów chorobowych, nie wyklucza jednak możliwości istnienia zmian w korze mózgowej, zwłaszcza płatów czołowych, których histologicznie nie badano.

S c h m i n c k e A. **W sprawie rozlanych glejaków opon móżdżkowych.** Rozlane sprawy nowotworowe na oponach, tak pierwotne, jak przerzutowe nie są rzadkością. Autor uważa jednak swój przypadek za godny publikacji, ze względu na specjalne stosunki topograficzne, rzucające światło na genezę nowotworu. U 24-letniego osobnika po urazie czaszki wystąpiło powoli się rozwijające upośledzenie wzroku i słuchu, silne zawroty głowy i wymioty. Objektywnie stwierdzono obustronną tarczę zastoinową, niedowład lewego nerwu twarzowego, ataksję móżdżkową i obniżenie napięcia mięśniowego w kończynach.

Sekcyjnie znaleziono nacieki nowotworowe o charakterze włóknistego glejaka, wypełniające całą przestrzeń nad- i podpajęczynówkową. Nacieki nowotworowe zajmowały także częściowo dach czwartej komory i okolicę wyjścia nerwów słuchowych. W przestrzeni pod oponą miękką naciek wchodził w rowki między zwojami nie uszkadzając bezpośrednio kory móżdżkowej. Autor sądzi, że komórki nowotworowe w opisanym przypadku pochodzą z powierzchownej warstwy ziarnistej komórek embrjonalnych, które wskutek wady rozwojowej niezróżnicowane, dały początek rozwojowi glejaka.

S t i e f A. **Przypadek naczyniaka mózgu.** Autor ogłasza ze względu na rzadkie występowanie przypadek naczyniaka jamistego w okolicy przysadki, niszczącego *fornix, septum pellucidum* i *corpora mamillaria,* a uciskającego jądra podstawowe. Klinicznie prócz lekkich zawrotów głowy, nieco niepewnego chodu i nieznacznego upośledzenia inteligencji nowotwór nie dawał żadnych objawów.

Demianowska (Lwów).

Wraczebnoje Dieło.

Nr. 11—13. 1924.

B. K e d r o w s k i. **W sprawie etjologji cardiospasmu.** Przegląd najrozmaitszych poglądów na powyższą sprawę zajął autorowi sporo miejsca w jego pracy. Opisuje on dalej spostrzegany przypadek, który dotyczył chorej o wątłej budowie, neuropatycznego pochodzenia, z wyraźnem zwolnieniem ruchów serca i cierpiącej od 3-ch lat na przemijające skurcze wpustu, przybierające w ostatnich czasach postać trwałą. Próba rozpoznawcza z atropiną, którą następnie stosowano u chorej w ciągu $2^1/_2$ miesięcy, jako środek leczniczy, potwierdziła funkcjonalny charakter schorzenia. Badanie anatomo-patologiczne wykazało zupełną drożność wpustu żołądka i brak zmian organicznych w ścianach przełyku. Prócz tego badanie to wykazało rozszerzenie i wydłużenie całego przełyku. Badanie drobnowidowe nerwów błędnych nie wykazało żadnych zmian. A zatem sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne schorzenia funkcjonalnego. Wystąpienie kardjospazmu możliwem jest w przypadku przewagi wpływów nerwu błędnego (skurcz) albo nerwu współczulnego (niezdolność do rozszerzania się) wreszcie od wzmożonego napięcia ośrodków autonomicznych ścian samego wpustu. Dodatni wynik zastosowanej atropiny przemawia za wzmożonem napięciem nerwu błędnego, a więc za dysfunkcją układu nerwowego wegetatywnego w zakresie n błędnego. Na wagotonję wskazują: skurcze wpustu, bradykardja i niezupełny odczyn źrenic na atropinę. Śmierć w tym przypadku wystąpiła od przypadkowej przyczyny (nieżytu krwotoczno-dyfterytycznego jelit). Zaprzestanie działania atropiny po 2-miesięcznem używaniu za życia dowodzi, że wzmożone napięcie nerwu błędnego zależało od stałej konstytucjonalnej przyczyny. W przypadku opisanym nie stwierdzono żadnej sprawy nowotworowej uciskowej, urazu lub porażenia samego nerwu błędnego i jego odgałęzień, również nie było czynników toksycznych. Pozostaje więc szukać bezpośredniej przyczyny w jakimś hormonie gruczołu wewnętrznego wydzielania, który powodował nadmierne podrażnienie nerwu błędnego.

H. S m i r n o w **W sprawie samoregulacji ośrodka nerwu błędnego.** Doświadczenia nad psami i kotami z wprowadzeniem dożylnem $CaCl_2$ i $MgCl_2$ w znieczuleniu morfino-chloroformowem i zapisywaniem ciśnienia krwi (*art. carotis.*) pozwalają stwierdzić, że samoistna pobudliwość ośrodka nerwu błędnego zależy nietylko od hormonów, ale w znacznej mierze także od katjonów (Ca i Mg), które regulują tą pobudliwość. Ujawnienie tej walki katjonów i wpływ ich na ośrodek nerwu błędnego jest możliwym przy wyłączeniu hamujących czynników. Morfina znosi hamujący wpływ na ośrodek nerwu błędnego i pozwala na uwidocznienie działania Ca i Mg. Hamujące wpływy pochodzą z kory półkul mózgowych, a napięcie nerwu błędnego znajduje się pod kontrolą tychże półkul.

E. T a t a r i n o w. **W sprawie płytek krwi.** Autor przystąpił w celu skontrolowania hipotezy Wright'a do badań nad szpikiem kostnym królików, psów i kotów, zabitych bez stosowanego znieczulenia ogólnego dla uniknięcia niemnych wpływów chloroformu. W uzyskanych w ten sposób preparatach autor stwierdził obrazy, częściowo podobne do opisów, podanych przez Wright'a. Dalsze jego badania z otruciem phenil-hydrazyną i badania nad antygennemi właściwościami płytek krwi, wykazały, że płytek tych nie można uznawać za odrębne pierwociny komórkowe. Teorja Wright'a o pochodzeniu płytek krwi z olbrzymich komórek szpiku nie jest wystarczająco udowodnioną. Badania nad antigennemi zdolnościami płytek krwi wskazują na dość blizkie pokrewieństwo z czerwonemi ciałkami krwi. Zdaniem autora tworzenie się płytek najprawdopodobniej łączy się z procesem przeżycia czerwonych ciałek krwi. Mylnem jest zdanie niektórych, którzy przypisują płytkom krwi rolę generatorów substancyj obronnych przeciw zakażeniom.

M. F a b r y k a n t. **W sprawie ropni wątroby.** Autor opisuje 12 przypadków ropni wątroby, wśród których dwa przypadki dotyczyły wieku dziecięcego, jeden — $3^1/_2$ lat, drugi — 5 lat, co zdaniem wielu autorów jest rzeczą nadzwyczaj rzadką dla wczesnego wieku. Ze względu na etjologję zasługuje na wyróżnienie przypadek pierwotnego ropnia wątroby pochodzenia gruźliczego i dwa przypadki zropienia bąblowca wątroby po przebytym durze. Z 12 chorych zmarło zaledwie 2-ch. Jeden z rozległym ropniem wątroby po durze brzusznym i drugi z powodu zapalenia woreczka żółciowego i dróg żółciowych. Śmierć nastąpiła tylko w tych przypadkach, które w bardzo późnym okresie schorzenia trafiły do rąk chirurga, z czego autor wyciąga wniosek, że nie powinno się zwlekać z operacją z powodu ropnia wątroby. Próbne nakłucia, które w przypadkach ropni są bezbolesne i nieszkodliwe ułatwiają pod wielu względami wczesne rozpoznanie, a w wielu razach dopomagają w określeniu umiejscowienia się ropni. W przypadku mnogiego wystąpienia ropni który autor spostrzegał, zaleca on rozrywać miąższ palcami celem wytworzenia jednej wspólnej jamy ropiejącej. Stosowany ten zabieg pomimo znacznego skrwawienia dał zupełne wyleczenie. Szczególnie wskazanem jest wypróbowanie tego sposobu u kobiet, które doskonale znoszą znacze utraty

krwi Wyleczenie w przypadku autora wystąpiło może dla tego, że zabieg ten zastosował on u niewiasty.

B. Dubińska. **W sprawie wybitnej eozynofilji opłucnowej.** Autorka opisuje klinicznie spostrzegany przypadek eozynofilji opłucnowej u młodego żołnierza lat 23, u którego stwierdzono również eozynofilję obwodową. Godnym zanotowania jest fakt, że w miarę wsysania się wysięku równolegle zmniejszała się eozynofilja, ilość zaś limfocytów wzmagała się tak w wysięku, jakoteż we krwi. W przypadku opisanym tła gruźliczego nie było, sprawy nawet przewlekającej swoistej z wielu względów przypuszczać nie było można. Pozostaje więc inne tłumaczenie patogenezy tego schorzenia, opierające się na wywiadach, które wspominają o przebytym urazie. Na tle urazu przyjść mogło do zapalenia krwotocznego opłucnej z wyraźną eozynofilją. Przed wystąpieniem objawów ze strony opłucnej wystąpiło jakieś ogólne schorzenie, może o charakterze grypowym. Krwawy charakter wysięku może również za tem przemawiać Obwodową eozynofilję w przypadku swoim autorka tłumaczy przemijającą leukocytozą zakaźną Pochodzenie tych komórek eozynochłonnych przemawia nie tyle za wywędrowaniem ich ze krwi, ile za tworzeniem się miejscowem w miarę zapotrzebowania drogą metaplazji, alboteż ewolucją leukocytów w płynie wysiękowym na eozynofile.

E. Klioński. **Moment rasowy i przebieg chorób zakaźnych.** Rasa żydowska przedstawia najlepszy materjał do badań wpływu rasy na częstość i przebieg chorobowości, gdyż rozsiani po całej kuli ziemskiej, żydzi żyją w różnych warunkach klimatycznych i społecznych, zachowując przecież jedność antropologiczną. Większość antropologów, a między innemi Talko Hryncewicz, nie uznają żydów za odrębną narodowość lub rasę, ale przyznają tej grupie podstawowe odrębności antropologiczne. Demografja żydów również wykazuje pewne charakterystyczne cechy. Przedewszystkiem uderza niska śmiertelność ogólna, jakoteż niska śmiertelność z powodu gruźlicy, dalej zwraca na siebie uwagę niska śmiertelność osesków w związku z niestosunkiem warunków ekonomicznych i społecznych. śród schorzeń somatycznych spotyka się szereg zasłabnięć, występujących wyłącznie u żydów lub częściej, niż u chrześcijan, jak naprzykład krwawiączka i cukrzyca. Według statystyki Vailach'a, śmiertelność z powodu cukrzycy u żydów jest 6 razy częstsza, niż u chrześcijan. Duży odsetek chorób umysłowych przypada na żydów. Naprzykład choroba Sax'a, w etjologji której alkoholizm, spowinowacenie lub inne momenty nie stanowią podkładu, spotyka się wyłącznie u żydów, a choroba ta jest najlepszym przykładem typowego schorzenia rasowego o charakterze degeneracyjnym. Ostatnie lata wojny dały ciekawe dane statystyczne ruchu chorób zakaźnych, z których wynika, że śmiertelność wśród żydów w przebiegu najrozmaitszych durów jest znacznie mniejsza. To samo potwierdza statystyka czasów pokojowych. Fakt ten usiłują niektórzy tłumaczyć większą chorobliwością u żydów w wieku młodocianym, co zresztą statystyka m. Odessy najdosadniej podnosi. Powyższa statystyka wykazuje, że żydzi zawdzięczają to większej odporności, znacznie rzadziej umierają nawet z powodu schorzeń przewlekłych, a między innemi i z powodu gruźlicy. Borendin, Kolb tłumaczą ten fakt rasową właściwością żydów, nazywając tę cechę wrodzoną żywotnością albo narodowościową odpornością Autor zapatruje się na tę kwestję z punktu widzenia konstytucjonalnego, obejmującego zespół właściwości ustroju, wyrażającego tę lub inną korelację gruczołów wewnętrznego wydzielania. Podstawowe cechy morfologiczne i fukcjonalne ustroju poszczególnego osobnika zależą od ustosunkowania się gruczołów wewnętrznego wydzielania, według schematu wielogruczołowego. A wszystko, co się odnosi do poszczególnego osobnika, dotyczy również całych zrzeszeń jednostek. Dlatego też nowoczesna antropologja skierowała uwagę swoją na badanie więzi rasy z punktu widzenia wewnętrznego wydzielania. Już Keys podnosi, że wysoki wzrost europejczyka zależy od czynności przysadki mózgowej, typ rasy mongolskiej łączy on z hipofunkcją gruczołu tarczycznego, gdyż nieznaczny wzrost, wąskie oczy i płaskie nosy przypominają znamienne cechy hipotyreotyków; negrów stawia on pod znakiem niedomogi nadnerczy. Pfahl, Paulsen uważają, że zewnętrzne oznaki rasowe są następstwem kojarzenia się czynności poszczególnych gruczołów wewnętrznego wydzielania. A więc może słusznem byłoby tłumaczyć większy odsetek zasłabnięć u żydów na cukrzycę i krwawiączkę wrodzoną niewydolnością trzustki i ciałek przytarczycznych. Niemniej i większa odporność żydów na dur osutkowy tłumaczyłaby się wzmożoną czynnością nadnerczy, gdyż wielu autorów uważa za przyczynę śmierci w tej chorobie daleko posunięte zwyrodnienie substancji chromochłonnej nadnerczy, w następstwie czego przychodzi do niedostatecznego dopływu adrenaliny do ogólnego krwiobiegu, co pociąga za sobą sercowo-naczyniowe zwiotczenie, przejawiające się w postaci wzmagającego się osłabienia pracy serca i wyraźnym spadkiem ciśnienia krwi. O ważnem znaczeniu gruczołów wewnętrznego wydzielania świadczy również ogólnie znany fakt wczesnej dojrzałości płciowej u żydówek, zupełnie niezależnie od klimatu, warunków społecznych, stopnia wykształcenia i t. d. Wczesna dojrzałość, a w związku z tem szybsza inwolucja grasicy, tłumaczą mniejszy wzrost żydów oraz inne cechy fizyczne i psychiczne. Powyższe rozważania zmuszają do przystąpienia do nowych badań nad konstytucją rasową w nowoczesnem znaczeniu w bezpośrednim związku z gruczołami wewnętrznego wydzielania.

P. Barabaszew. **Hipnoza w okulistyce operacyjnej.** Autor podaje opis dwóch operacyj, wykonanych w znieczuleniu hipnotycznem. W pierwszym przypadku autor wyłuszczył gałkę oczną z powodu gruźlicy tejże. Znieczulenie wywołane było tylko jednostronnie bez zastosowania przetworów kokainy. Operacja trwała 12 minut. Obudzona chora na zwrócone do niej zapytanie, czy odczuwała ból, miała odpowiedzieć, nie, tylko czułam pewien lęk. Drugi przypadek dotyczył jaglicy bliznowaciejącej obustronnej z wykrzywieniem się chrząstek. Operację wykonano w ciągu 20 minut według Snellena. Autor wysuwa 3 zalety tego znieczulenia: 1. idealny stan i zachowanie się chorych w czasie operacji; 2. nadzwyczajny przebieg pooperacyjny, na który nie wpływały ujemne następstwa znieczulenia ogólnego, jak uporczywe wymioty, bóle głowy, ogólna słabość, co zwłaszcza w okulistyce operacyjnej daje się chorym we znaki; 3. znieczulenie hipnotyczne jest tak doskonałe, że nie wymaga uzupełniającego znieczulenia miejscowego. *W. Janusz* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny Lekarskie Nr. 1 r. 1925: Browicz: O powstaniu mięśniaków macicy. — Michałek: O zawiązkach płci. — H. Ławrynowicz: Swoiste i nieswoiste leczenie chorób zakaźnych.

Nr. 2: B. Kowalski: Histologiczne badania nabłonka pępowinowego. — K. Zieliński: Leczenie tyfusu wysypkowego. — Al. Ławrynowicz: Dokończenie artykułu poprzedniego.

Zdrowie Nr. 12 r. 1924: B. Ostromęcki: Rola samorządów miejskich w dziedzinie sanitarnej ze stanowiska prawodawstwa sanitarnego. - Piotrowski: Zasady zaopatrywania miast w wodę za pomocą wodociągów. — W. Miklaszewski: Ankieta w sprawie raka. — A. Kuhn: Zadanie rządu, samorządu i społeczeństwa w dziedzinie zdrowia publicznego.

Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka Nr. 6. 1925: Sprawozdanie z I-go Wszechpolskiego Zjazdu w sprawie walki z rakiem. — Br. Weinert: Walka z rakiem we Włoszech. Odczyty Austr. Tow. do zwalczania raka. Piśmiennictwo.

Przyroda i Technika, czasopismo poświęcone naukom przyrodniczym i ich zastosowaniu. Lwów, Czarnieckiego 12 (Administracja) — wyszedł nr. 1 rocznika IV-go w zupełnie zmienionej szacie zewnętrznej i o bogatej a dostępnej każdemu średnio wykształconemu czytelnikowi, treści. Zawiera artykuły: »Pierwsze ślady życia na ziemi, według współczesnych badań, Budowa pierwiastków chemicznych«, niezwykle ciekawa a przystępnie napisana rozprawka, uwzględniająca najnowsze wyniki w tej dziedzinie, »Geofon, nowy przyrząd do badań górniczych«, przedstawiający zastosowanie do celów górniczych aparatu używanego do podsłuchów »minierskich podczas wojny światowej, Nowa choroba zakaźna i t. d. Pozatem zawiera Przyroda i Tech-

nika szereg wysoce interesujących wiadomości z zakresu postępu i najnowszych zdobyczy wiedzy przyrodniczej i technicznej, wiadomości o Polsce, ruch naukowy i organizacyjny, przegląd pożytecznych książek i czasopism i t. d. Całość jest ilustrowana ciekawemi zdjęciami fotograficznemi i rysunkami — polecić można jako zajmującą i pouczającą lekturę dla starszej młodzieży szkolnej, sfer nauczycielskich i akademickich oraz dla każdego czytelnika, interesującego się rozwojem nauk przyrodniczych i technicznych.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 19 listopada 1924.

Przewodniczy prof. Majewski.

Obecnych 102 członków.

1. Kol. Lasko przedstawia przypadek **Icterus haemolyticus congenitus** z II. kliniki wewn. prof. Latkowskiego.

Chory, liczący lat 19., z zawodu rolnik — dobrze zbudowany i odżywiony, o prawidłowej ciepłocie ciała, u którego na pierwszy rzut oka wybija się żółtaczkowe zabarwienie skóry, błon śluzowych i spojówek, a obraz patologiczny, jaki w chwili przyjęcia i obecnie u niego jest daje się, streścić w sposób następujący:

W zakresie narządów klatki piersiowej ważniejszych zmian nie stwierdziliśmy — w zakresie zaś jamy brzusznej z łatwością daje się wymacać śledziona, powiększona 3 palce poniżej łuku żebrowego gładka — niebolesna, ruchoma, macalna wątroba gładka i bolesność uciskowa miernego stopnia w okolicy wątroby — pozatem powłoki brzucha prawidłowo napięte i wysklepione, drobne, miękkie macalne gruczołki limfatyczne pachwinowe i pachowe. Z wywiadów od chorego mało można było skorzystać, ponieważ cała jego rodzina, t. j. ojciec, matka, 5 braci i 2 siostry, znajduje się w Ameryce, o których zdrowiu bliższych wiadomości chory nie posiada. Chory w 9. roku życia przechodził odrę — pozatem nigdy nie chorował, chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu i tytoniu używał mało. Ostatnia choroba jego, t. j. owa żółtaczka, zaczęła się przed 13—14 laty — jak chory podaje, nagle, gdy się obudził z rana zobaczył, że jest żółty, innych zaś objawów towarzyszących owemu początkowi choroby nie pamięta. Od tego czasu był zawsze żółty w różnem nasileniu. Leczył się u lekarza, jednak nigdy z całkowitym skutkiem. Zauważył, że przeważnie żółknął, bez widocznej przyczyny. Raz pożółkł silniej po pracy fizycznej, innym razem po przeziębieniu się i wtedy miał mocz podobny do krwi i dosyć silny ból w okolicy wątroby. — Okresów takich, aby był zupełnie wolny od żółtaczki — przez cały przeciąg lat 14. nie miał. Czasami miał szum w uszach, migotanie przed oczami, wtedy czuł się nieco słabszym, zwłaszcza, że i zabarwienie skóry wtedy zwiększało się. Krwawień z nosa, bicia serca i świądu skóry nie miał nigdy. Czuł się zdrowy i silny, do pracy zawsze zdolny. Apetyt miał dobry, sen również — stolce i mocz oddawał prawidłowo. Od pierwszego więc badania, mając na uwadze żółtaczkę tak długotrwałą — bez objawów intoksykacji, t. j. bez zwolnienia tętna i świądu skóry, a z drugiej strony mając powiększoną śledzionę, można było myśleć, że mamy tu do czynienia z żółtaczką haemolytyczną.

W tym też celu, poszukując dowodów rozpoznania, wykonaliśmy szereg badań, mianowicie: 1) Stwierdziliśmy brak bilirubiny w moczu i kwasów żółciowych — brak intoksykacji żółtaczkowej. 2) Znaleźliśmy zwiększoną ilość urobilinogenu i urobiliny w stolcu. 3) Znaleźliśmy zwiększoną ilość bilirubiny w surowicy krwi (8 mg %). 4) Objawy lekkiego stopnia anemji, w obrazie krwi anizocytozę o przewadze mikrocytów (20%) ciałka czerwone jądrzaste, granulacje krwinek czerwonych, obniżoną wytrzymałość krwinek czerwonych i aglutynację w obcej surowicy. W krwinkach stwierdzono obecność subst. reticulo-filamentosa. Krew na pożywkach okazała się jałowa, a odczyn Wassermanna ujemny. 5) Badanie funkcji wątroby, dało wynik ujemny. Pozatem, mając splenomegalję — a brak fibroadenji i brak ważniejszych zmian parenchymatycznych lub marskich wątroby — przyszliśmy do przekonania, że powodem tego schorzenia jest *icterus haemolyticus* — i ta postać wrodzona, za czem przemawiają: Równomierny przebieg choroby bez silniejszych zaburzeń we krwi, zbliżających się do zmian, podobnych jak w anemji złośliwej, obecność urobilinogenu od czasu do czasu w moczu, brak krwawień z nosa, brak zaczerwienienia twarzy i końców palców, brak wybitniejszych bólów w okolicy wątroby i śledziony, aglutynacja krwinek z obcą surowicą.

W dyskusji kol. Glassner zapytuje, czy we wspomnianym przypadku było ciśnienie krwi i przypomina ostatnią pracę Ettingera, w której tenże donosi, że w wielu przypadkach *icterus haemolyticus* spostrzegał hipotonję. Kol. Lasko w odpowiedzi oświadcza, że w swoim przypadku wogóle nie spostrzegał żadnych objawów zatrucia żółtaczką, a ciśnienie krwi kilkakrotnie mierzone wykazywało normy prawidłowe.

2. Kol. Dadej wygłasza odczyt p. t. »**Walka z gruźlicą na Zachodzie**«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. doc. Janiszewski w dłuższym wywiadzie wskazywał na dotychczasowe wyniki działalności Tow. Walki z gruźlicą w Polsce, które są znikome, przyczem nie spodziewa się, by przy obecnie istniejących stosunkach społecznych — działalność ta mogła rychło wydać jakiekolwiek rezultaty.

Dr. Pawlas, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 18 listopada 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

1. Prezes odczytuje pismo rodziny zmarłego Sekretarza Stałego ś. p. prof. Alfreda Sokołowskiego, który zapisał Warszawskiemu Towarzystwu lekarskiemu swoją bibljotekę lekarską oraz portret swój, wykonany przez Lenca. Rodzina prosi o zabranie tych rzeczy. Powyższy legat zebrani przyjęli jednomyślnie.

2. Prezes **wspomina o śmierci** zmarłego członka czynnego W. Tow. lek. ś. p. Adama Chełmońskiego i wzywa obecnych do uczczenia Jego pamięci przez powstanie.

3. Sekretarz doroczny odczytuje protokół VII. posiedzenia **Komitetu Konkursowego im. Grzegorza Piramowicza**. Po rozpatrzeniu prac konkursowych Komitet przyszedł do wniosku, że żadna z prac nie zasługuje na nagrodę, natomiast na wniosek piśmienny członka Komitetu dra St. Kopczyńskiego i zgodnie z punktem 2-gim warunków konkursowych postanowił nagrodzić następujących lekarzy szkolnych za szczególnie wydatną i gorliwą pracę higjeniczno-szkolną dr. Aleksandra Macieszę, lekarza szkolnego w gimn. państw. im. Władysława Jagiełły w Płocku, Marję Rytlównę, lekarkę szkolną w gimn. państw. im. Królowej Jadwigi w Siedlcach, Jana Karchowskiego lekarza szkolnego w gimn. państw. im. Marji Magdaleny w Poznaniu, Janinę Szepelską, lekarkę szkolną w gimn. prywatnem Zdziemickiej i Popielewskiej w Warszawie.

4. M. Erlichówna. **Pokaz 3 chorych z t. zw. trombopenją** (dawniej chorobą Werlhofa), a według Semerau-Siemianowskiego krwotocznością małopłytkową. 15-letnia Helenka B. poza pewną skłonnością do tworzenia się wybroczyn i krwawienia z dziąseł była dotąd zdrowa. Rok temu wystąpiła pierwsza menstruacja, która trwała 10 dni bez powikłań. Po upływie 3 m. druga menstruacja, trwająca 18 dni, zakończyła się silnem krwawieniem i wtedy w stanie niezmiernie ciężkim z wszystkiemi objawami ostrej niedokrwistości (Hgl. 10 — Czc. miljon) chora została przewieziona do kliniki. Po odratowaniu dziecka przystąpiono do szczegółowego badania krwi, które wykazało: krzepliwość normalną, czas krwawienia wydłużony do 6—10 minut, złą kurczliwość skrzepu, liczbę płytek 0 — 2000 (norma 260—300 tysięcy). Objawy Rumpel-Leede Kocha dodatnie. Niedokrwistość została wyleczona zapomocą wstrzykiwania krwi ludzkiej nieodwłóknionej śródmięśniowo. Po upływie 2-ch mies. powtórzył się krwotok z takiemi samemi objawami i podobnym wynikiem leczenia. Wtedy pozostała na klinice aż do następnej menstruacji, którą udało się ograniczyć do 5 dni przez codzienne zastrzykiwanie hypofyzyny. Obecnie stan jest dobry, a zmiany typowe we krwi trwają, jedynie czas krwawienia jest nieco krótszy, brak też arytmji w krwawieniu. Dziewczynka ta wymaga ciągłej obserwacji lekarskiej, rokowanie jest niepewne.

15. letni Staś G. po wycięciu przerośniętej muszli nosowej dostał wielkiego krwotoku z nosa, wskutek czego został oddany do kliniki w stanie prawie beznadziejnym. Wywiady zebrane o wiele później wykazały, że chłopiec, który żył w bardzo ciężkich warunkach w Bolszewji, miewał często wybroczyny i krwawienie ze śluzowek. Po wyleczeniu z krwotoku stwierdzono we krwi: krzepliwość normalną, płytki olbrzymie (0—6000), czas krwawienia wydłużony od 6—20 minut, złą kurczliwość skrzepu. Rumpell-Leede, Koch — dodatni. Zmiany te oraz skłonność do krwawień utrzymują się stale, objawy te nasilają się pod wpływem czynników, działających na naczynia włosowate (słońce, zimna kąpiel).

Przyp. 3-i dotyczy dziewczynki 9-iej, której władze szkolne oskarżyły rodziców o bicie dziecka na podstawie obecności sińców na ciele dziecka, często powtarzających się. I tu stwierdzono wybitną łamliwość naczyń, krzepliwość znacznie wydłużoną, arytmiczne krwawienie (do 18 minut) i złą kurczliwość skrzepu. Liczba płytek waha się od 1—8000. Pokaz skrzepu i objawu Duke'a z 3 przypadków.

Misiewiczówna omawia technikę badań krwi, którą posługiwała się wraz z Semerau-Siemianowskim przy badaniu typów klinicznych skaz krwotocznych.

W dyskusji M. Erlichówna podkreśla, że wyniki jej badań nie są zgodne z wynikami badań mówców, a mianowicie wahania ilości płytek nie były proporcjonalne do stanu zdrowia, pomimo poprawy ilość płytek trzymała się stale na nizkim poziomie. W przypadkach trombopenji płytki nie sklejają się; tam, gdzie ilość płytek dochodziła do kilku tysięcy płytek, płytki nie sklejały się, a wobec tego metoda rozklejania płytek staje się zbyteczną.

W trombopenji Erlichówna stwierdzała zmienione własności płytek: brak własności sklejania się płytek; zmianę wielkości płytek — wielkość ich dochodziła do wielkości czerwonego ciałka, a nawet E. spotykała i większe płytki; płytki barwią się gorzej i są mniej zróżniczkowane — przeważa różowe zabarwienie.

Popowski omawia sprawę metod badania skrzepliwości krwi. Metodę Czubalskiego P. uważa za mniej dokładną, najdogodniejszą metodą, zdaniem P., jest metoda z olejem parafinowym. Przy krzepliwości krwi skóra rzeczywiście odgrywa rolę, daje się to stwierdzić w krwawiączce. Łatwiejszą aglutynację krwinek w krwawiączce P. uzależnia od przypadku; w obserwowanych na klinice przypadkach zjawiska tego nie stwierdzono.

Misiewiczówna daje wyjaśnienia przedmówcom w poruszonych przez nich sprawach.

Wł. Janowski jest przekonany, że podane przez mówcę mianownictwo i podział na 3 grupy zostaną bez najmniejszej wątpliwości przyjęte. J. uważa, że każdy z 3 typów może być ukryty i może występować dopiero w stanach chorobowych, lub fizjologicznych, a zatem to nie jest objawowa krwawiączka, lecz ukryta. J. przypuszcza, że mówca nie domówił tego, że objawy wszystkich trzech grup mogą występować i w innych cierpieniach, jak n. p. w żółtaczkach przy kamicy, raku w obecności znacznej ilości bilirubiny we krwi sp. strzegał choroby skrzepu.

Semerau-Siemianowski w odpowiedzi wspomina o ukrytych stanach krwawiączki, rozróżnianych przez francuskich autorów. Jest on jednak tego zdania, że w nabytych toksycznych krwawiączkach niema tych charakterystycznych dla krwawiączek cech, jak wybroczyny do stawów i inne.

5. St. Kramsztyk wygłosił rzecz p. t.: **O stanach astenicznych u dzieci.**

W dyskusji J. Wiśniewski zwraca uwagę na uzębienie u dzieci i zapytuje, jak często były badane dzieci obciążone kiłą.

St. Kopczyński spostrzegał dzieci leniwe i inne, łatwo męczące się fizycznie i psychicznie. Mówca badał dzieci od lat 11 do 14 w okresie dojrzewania. Łatwość wyczerpania można wiązać z tym właśnie okresem. Wtenczas dzieci wstępują w okres całego szeregu zaburzeń fizycznych i psychicznych. Wyodrębnienie stanu przedstawionego przez mówcę nie da się obronić. Podczas wojny występowały objawy tężyczki wskutek złego odżywiania.

Zabierali głos również Cytronberg i Higier.

W odpowiedzi St. Kramsztyk wyjaśnia, że badał dzieci od 7—8 lat. Objawy osobliwe w ostatnich czasach występują częściej, okres powojenny wpłynął na to. Różni lekarze zwracali uwagę na te stany. Charakterystyczne jest to, że w tych stanach wapno działa dodatnio.

Posiedzenie kliniczne w dniu 25 listopada 1925 r.

Przewodniczący Sekretarz Stały A. Gluziński.

1. Skórczewski wygłosił rzecz p. t.: »**O działaniu leczniczem wody ze zdroju Zubera**«.

W dyskusji Tuchendler mówi, że od kilku lat bywa na zjazdach lekarskich w Karlsbadzie, na których każdy z mówców stale ma coś do powiedzenia o wodzie karlsbadzkiej, o leczeniu tą metodą. Na ostatnim zjeździe farmakolog Strauch dowodził, że rezważania teoretyczne nie wyjaśniają zupełnie działania wody karlsbadzkiej, a już skład chemiczny zupełnie nie daje wyjaśnień. Sztuczne wody, według Straucha, nie mają znaczenia. Sztuczna woda nigdy nie będzie podobna do naturalnej.

Mówca podkreślał, że woda ze źródła Zubera jest niesmaczna. Otóż ten sam Strauch podniósł, że instynkt samoleczenia jest tego rodzaju, że to, co najgorzej czuć i najgorzej smakuje, najwięcej pomaga. Badania zapomocą kriaskopji rzuciły ciekawe światło, lecz nie wyjaśniły istoty działania wód mineralnych. Rozgłos wód mineralnych opiera się na tem, co chorzy odczuwają. Tuchendler uważa, że należałoby zająć się przesyłką wody Zubera.

Gluziński zwraca uwagę, że największą zasługę w badaniu wód i szczególniej wody karlsbadzkiej ma zmarły prof. Jaworski z Krakowa. Wykonał on taką pracę, jakiej nikt nie wykonał. Wykład mówcy powinien pobudzić lekarzy do podjęcia badań wód mineralnych.

Kopaczewski wykonał badania wód francuskich nad działaniem ich anafilaktycznem. Obowiązkiem naszym jest zbadać nasze wody. Dobrze byłoby, gdyby koledzy, którzy pracują w uzdrowiskach, pracowali zimową porą tam, gdzie są pracownie. Właściciele zdrojowisk winni wspierać badania. Zarząd Krynicy powinien wyasygnować pewien fundusz na odczynniki przyrządy. W końcu swego przemówienia G. dziękuje mówcy za podjęcie ciekawego tematu.

Rudzki Przemysław jest zdania, że Rada Balneologiczna powinna zająć się tem, aby były przeprowadzone w klinikach badania wód Ciechocinka, Krynicy. Towarzystwo Balneologiczne powino wywrzeć nacisk na Zarządy zdrojowisk, aby mogła rozporządzać funduszami, które pozwoliłyby przesyłać wodę do klinik.

Kol. Górski z Krakowa potwierdza wyniki, jakie podał mówca, i wyjaśnia, że skład chemiczny wody Zubera jest określony; dokonał tego prof. Marchlewski. Badania wszystkich wód co pewien okres czasu, ostatnio co rok wykonywane są w Zakładzie Chemji lekarskiej w Krakowie. Zarząd Krynicy wywalcza dotacje i, o ile znajdzie się pracownik, wspiera prace. Od zeszłego roku badania nad działaniem wody Zubera naprzemianę materji prowadzi doc. Tempka. Wyników swych prac jeszcze nie ogłosił, gdyż praca żmudna i kosztowna.

Surawski stwierdza, że w budżecie Krynicy już są wstawione pewne sumy na badanie działania wód. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia stara się przyznać dotacje, aby wspierać prace. Praca w kierunku badania wód jest rozpoczęta i będzie prowadzona dalej.

Simon podkreśla, że nie zna wód, któreby tak dobrze działały, jak ze źródła Zubera. Kliniczne badania na miejscu w Krynicy nie dadzą się przeprowadzić z powodu braku pracowni, a także braku czasu podczas sezonu. W Nauheim istnieją zakłady naukowe z wszelką pomocą. Simon uważa, że obowiązkiem kliniki i ordynatorów szpitalnych jest zajęcie się badaniami nad działaniem wód mineralnych. W naszych uzdrowiskach są braki natury higjenicznej, co powstrzymuje od wyjazdu. Największy wysiłek winien pójść w kierunku podniesienia uzdrowisk pod względem higjenicznym.

W odpowiedzi Skórczewski dziękuje za podjętą dyskusję, co dowodzi zainteresowania się sprawą uzdrowisk. Ruszenie z miejsca podawania wody ze źródła Zubera było zasługą mówcy. On pierwszy zaczął ją podawać. Samo podawanie nie łatwo było uzasadnić, szczególniej wobec twierdzenia prof. Marchlewskiego, że woda ze źródła Zubera nie nadaje się do podawania chorym. W praktyce okazało się, że nietylko woda rozcieńczona, ale i skoncentrowana wprost ze źródła Zubera nie szkodzi, lecz pomaga.

Posiedzenie kliniczne w dniu 2. grudnia 1924.

Przewodniczy: prezes A. Leśniowski.

1. Landau A. **Pokaz przypadku zapalenia lewej kości udowej** (*panostitis femoris sinistra*) na tle przypuszczalnie utajonego zakażenia durowego.

2. Landau i Feigin wygłosili rzecz p. t.: **O odrębnych postaciach zakażeń prątkiem durowym** (przeznaczone do druku w P. G. L.).

W dyskusji Sekretarz Stały A. Gluziński uważa za niesłuszny podział schorzeń, wywołanych przez prątki durowe, na dwie grupy: 1) na dur brzuszny i 2) na »infekcję durową«, jak to przeprowadza mówca. Zmiany w przewodzie pokarmowym uważane są za obowiązkowe, ponieważ stale znajdujemy je na stole sekcyjnym. Umiejscowienie zmian może być nie jedynie w jelitach, może być dur brzuszny bez umiejscowienia w jelitach. Wszystko jedno, czy są zmiany w jelitach, czy też nie, o ile stwierdzono dur, uważamy dane cierpienie za dur. Wielojądrzasta leukocytoza w przeciwstawieniu do duru nie przekonywa. Przypadki z żółtaczką są rzadkie występują w III. tygodniu duru. Mówca przypomina, że w jednym zakładzie dla umysłowo chorych operowali jedną chorą z żółtaczką, jako siewcę duru brzusznego, który przebyła przed kilkunastu laty. Wbrew twierdzeniu mówcy każda sprawa zakaźna może zająć 3 narządy, a nie jedynie dur. W przypadku mówcy z zapaleniem miedniczek dopiero wtedy można byłoby twierdzić, że zajęcie miedniczek było durowem zakażeniem, gdyby w moczu stwierdzono laseczniki durowe. W przebiegu duru laseczniki durowe znajdują się w moczu całemi masami. Co do przypadku kostnego, to można byłoby twierdzić, że stan zapalny kości jest pochodzenia durowego, gdyby się udało stwierdzić prątek durowy.

M. Erlichówna prostuje przypuszczenie mówcy, że u dzieci leukopenja występuje w $1/3$ przypadków. Zastrzykiwanie prątków durowych zwierzętom wywołuje u nich leukopenję.

Otto badał przypadki duru brzusznego mikroskopowo w tych razach, kiedy przebieg kliniczny dawał obraz duru brzusznego, a na sekcji makroskopowo zmian durowych nie stwierdzano. W tych przypadkach w jelitach zawsze stwierdzał pod mikroskopem nacieczenie grudek chłonnych w jelitach.

W. Kowalski z pośród 200 chorych na dur brzuszny w 3-ch przypadkach widział powikłania duru brzusznego przez zapalenie pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. Obraz kliniczny chorych był charakterystyczny, jak widzi się w durze brzusznym. Samo cierpienie durowe trwało dłużej, wahania ciepłoty trwały przez dłuższy okres czasu, następnie ciepłota obniżała się, przebiegała na nizkich stopniach, wracało podniecone łaknienie, tak charakterystyczne dla duru brzusznego. Nakoniec następowało wyzdrowienie. Codzienne badania moczu i kału bakterjologiczne chorych na dur, wykonywane przez kol. Michalca w pracowni prof. Nitscha, wykazały, że prątki durowe w moczu są wydalane całemi masami, czasami następuje jednodniowa przerwa. W ciężkich przypadkach duru brzusznego ze stanu jamy ustnej wyhodowano paciorkowce i gronkowce. Te właśnie domieszki często wpływają na obraz kliniczny duru brzusznego. W przedstawionych przez mówcę przypadkach nie można twierdzić, że schorzenia te zostały wywołane przez zakażenie durowe.

Osiński E. Rozpoznawanie duru brzusznego opiera się na całokształcie obrazu chorobowego, przyczem różyczka, jako objaw patognomoniczny, z jej znamiennym wyglądem i umiejscowieniem w rozpoznaniu ma decydujące znaczenie. W ostatnich paru dziesiątkach lat klinika pozyskała nowe środki rozpoznawcze w zlepnym odczynie Widala i w badaniach na prątki Ebertha krwi i wydzielin chorych. Serologiczne jednak badania krwi należy uważać jedynie jako cenny środek rozpoznawczo-

pomocniczy, uzupełniający obraz kliniczny choroby. Brak odczynu zlepnego nie wyłącza duru brzusznego. Wrazie zaś odczynu dodatniego, uwzględniamy skalę odczynu, t. j. wysokość miana zlepnego i jego wahania t. j. wzrastanie i zmniejszanie się miana w przebiegu choroby. Nadto należy pamiętać, że po przebytym durze brzusznym po szczepieniach zapobiegawczych przeciwdurowych, wreszcie u t. zw. zdrowych nosicieli prątków, jako wskaźnik istniejącego w ustroju nodpornienia może wykazać surowica krwi dodatnie miano zlepne, które zwiększa się w razie zapadnięcia na każdą inną chorobę zakaźną. Stąd oczywistą jest rzeczą, że wartość odczynu Widala musi być oceniana współrzędnie z obrazu choroby. Posiewy krwi wypadają dodatnio (100%) w 1-ym tyg. duru brzusznego, gdy dane kliniczne nie dają jeszcze pewnej podstawy do rozpoznania ścisłego, w dalszym przebiegu choroby odsetek posiewów dodatnich zmniejsza się. Wogóle krew nie jest dobrem podłożem dla prątków duru brzusznego; we krwi prątki durowe giną szybko wskutek bakterjologicznego działania surowicy krwi. Badania bakterjologiczne kału i moczu wykonywamy rzadziej w celach rozpoznawczych, gdyż na początku choroby badania te zawodzą, w późniejszych zaś okresach aczkolwiek wypadają dodatnio, ale wówczas wystarcza do rozpoznania obraz kliniczny. Za to niezbędne są badania kału i moczu na nosicielstwo. Zachowanie się białych ciałek krwi w durze brzusznym jest bardzo znamienne: poza nieznacznem wzmożeniem się białych ciałek krwi w pierwszych dniach choroby, w dalszym przebiegu występuje wyraźnie zmniejszenie się ilości białych ciałek krwi (leukopenja) kosztem spadku wielojądrzastych białych ciałek krwi (neutropenja) przy znacznym wzroście limfocytów (lymphaemia) eozynochłonne białe ciałka krwi znikają. W okresie zdrowienia ustalają się zarówno prawidłowe liczby białych ciałek krwi, jak i wzór leukocytów, aczkolwiek limfocytoza utrzymuje się przez długi czas w okresie zdrowienia. W sprawie patogenezy duru brzusznego najlepiej trzymać się poglądu (Schotmüller), że dur brzuszny jest schorzeniem układu chłonnego jamy brzusznej, co potwierdzają badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne. Pęcherzyk żółciowy jest częstem siedliskiem prątków durowych, ale schorzenia pęcherzyka żółciowego w durze brzusznym należą do rzadkości. Na 1000 z górą przypadków duru brzusznego, mówca spostrzegał zaledwie parę razy zapalenie pęcherzyka żółciowego; raz zapalenie to poprzedziło dur brzuszny o lekkim zresztą przebiegu, parę razy wystąpiło dopiero w okresie zdrowienia. Żółtaczka nieznacznego natężenia jest również w durze brzusznym zjawiskiem rzadkiem i występuje w okresie zdrowienia.

W odpowiedzi Landau wyjaśnia, że na odróżnienie tych postaci skierował go przypadek. Z głosów, które się odezwały, padła krytyka, ale uważa, że nowa myśl stopniowo może zdobyć się sobie przyjęcie.

Prof. Gluziński uważa, że mówca mógłby twierdzić, że dany przypadek jest postacią durową, gdyby n. p. w przypadku sekcyjnym z ropy w wątrobie wyhodował prątki duru brzusznego. Zmiany w obrazie białych ciałek krwi zależne są nie od prątka duru brzusznego w przedstawionych przypadkach, lecz, być może, od gronkowców, paciorkowców. Nie można przypuszczać, aby zarazek durowy w postaciach przedstawionych przez mówcę mógł inaczej wpływać na obraz krwi, niż w innych postaciach.

3. Z. Michalski wygłosił rzecz p t. »Wnioski z porównań Warszawskiej szkoły lekarskiej z obcokrajowemi«.

W dyskusji zabierali głos Pręgowski, Czyżewicz, Bączkiewicz, Składkowski, Szpak, Otto.

W odpowiedzi dawał wyjaśnienia Michalski.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie

Sekcja oto- ryno- laryngologiczna.

Przewodniczący Sekcji Oto- ryno- laryngologicznej XII. Zjazdu przyrodników i lekarzy podaje do wiadomości Szanownych Kolegów, że dotąd ogłoszone zostały następujące odczyty i referaty:

1. Badania uszu, nosa i gardła w szkołach powszechnych.
2. Djagnostyczne znaczenie badań narządów ucha wewnętrznego dla neurologji.
3. O znieczulaniu w Oto-laryngologji.
4. O zboczeniach mowy dzieci ze stanowiska oto-laryngologji i neurologji.
5. O ropniach mózgu pochodzenia usznego.
6. O złamaniach i zwichnięciach chrząstek krtaniowych z uwzględnieniem leczenia.
7. Histopatologiczny obraz przewlekłego zapalenia migdałów podniebiennych i gardzielowego, w szczególności o zachowaniu się tkanki łącznej w tych postaciach chorobowych z pokazem preparatów.
8. Rozbieżność objawów błędnikowych.
9. Błędnik i wyobraźnia.

Prócz powyższych zaproponowano następujące:

1. Intubacja i tracheotomja w dławcu ze względu na powikłania następcze.
2. Wydobywanie ciał obcych z przełyku.
3. Leczenie nowotworów górnego odcinka dróg oddechowych.

Chirurgja i radjoterapja.

O dalsze zgłaszanie tematów przewodniczący Sekcji Otoryno- laryngologicznej najuprzejmiej prosi z uwzględnieniem ogólnej zasady, aby tematy, o ile możności, obejmowały dziedziny pokrewne, oraz, aby krótkie streszczenia zostały nadesłane do dnia 1 maja r. b. Przewodniczący Sekcji: *Dr. Jan Pieniążek*, Warszawa, ul. Moniuszki 6. Zastępca: *Dr. Jan Czarnecki*, Zgoda 8. Sekretarz: *Dr. Grzybowski.*

Zjazd lekarski francusko-polski.

Zarząd Towarzystwa lekarskiego francusko-polskiego podaje do wiadomości, że II. Kongres lekarski francusko-polski odbędzie się nieodwołalnie w drugiej połowie kwietnia r. b. w Paryżu. Zapisywać się można u sekretarza dr. Józefa Zielińskiego, Wspólna 51 m. 6. tel. 225-26 od 6-ej do 8-ej godz. wiecz. do dnia 1 marca. Składkę wynoszącą 25 Zł od osoby wpłacać należy do P. K. O. na rachunek Towarzystwa lek. francusko-polskiego Nr. 3090.

Informacje tymczasowe, dotyczące II. Kongresu lekarskiego francusko-polskiego w Paryżu.

1) Lekarze, pragnący wziąć udział w Kongresie, zechcą złożyć ustnie lub piśmiennie odnośną deklarację z podaniem adresu na ręce Sekretarza Towarzystwa lek. franc.-pol. dr. Józefa Zielińskiego, Wspólna 51. m. 6. tel. 225-26, najpóźniej do 1 marca r. b.

Na koszta organizacyjne wpłacić należy od osoby 25 złotych do P. K. O. na rachunek Towarzystwa lek. fran.-polsk. Nr. 3090 w Warszawie.

3) W pierwszej połowie marca każdy członek Kongresu otrzyma kartę, stwierdzającą, że zapisał się na członka Kongresu naukowego. Posłuży ona do otrzymania paszportu ulgowego.

4) Paszporty będą indywidualne; dla lekarzy zamieszkałych w Warszawie Zarząd Towarzystwa podejmie się ich dostarczenia, lekarze na prowincji będą czynili starania u swych władz miejscowych.

5) Podróż okrętem będzie zniżoną o 25% minimum.

6) Podróż koleją we Francji zniżoną będzie o 25% minimum w Polsce o 30%. Marszruta dowolna: przez Niemcy lub Austrję i Szwajcarję. Ponieważ ilość uczestników nie jest jeszcze znaną, nie wiadomo przeto, czy pojadą wszyscy jednym pociągiem, czy też w ciągu dni kilku.

7) Komitet paryski zajmie się zapewnieniem mieszkań w hotelach i pensjonatach. Ceny obecne są następujące: pokój w hotelu od 20 fr. na dobę, obiad od 12 fr., w pensjonatach pokój z całodziennem utrzymaniem od 50 fr. na dobę.

8) Ze względu na oficjalny niejako charakter Kongresu, pożądanem jest zabranie stroju frakowego.

9) Szczegółowy program Kongresu ułożony będzie przez Komitet paryski i rozesłany członkom w końcu marca.

Wszelkich informacyj udzielają Sekretarze Towarzystwa lekarskiego francusko-polskiego: *dr. Józef Zieliński*, Wspólna 51 m. 6 tel. 225-25, *dr. Melanowski*, Żórawia 31. tel. 502-50.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 3 i 4 grudnia 1924.

Wobec dwóch delegatów Rady Izby wybranych dla sprawy lokaty kapitałów Izby w dniu 2. XI. 1924 (trzeci z powodu przeszkody służb. nie przybył) przeprowadzono ożywioną dyskusję co do kupna upatrzonego domu we Lwowie i co do sposobu sfinansowania interesu. Uzyskano zupełną zgodę obu delegatów Rady Izby i wybrano 4 pełnomocników Zarządu i Rady Izby, upoważnionych do sfinalizowania sprawy.

Wdowie po lekarzu, udzielono zasiłek w kwocie 100 zł.

W obu powyższych dniach dyskutowano nad poszczególnemi paragrafami regulaminu Kasy emerytalnej przy Lwowskiej Izbie lek. i postawiono projekt w brzmieniu obecnie przyjętem omówić z technikiem asekuracyjnym, poczem będzie przedmiotem ponownej debaty na posiedzeniu Zarządu Izby.

Posiedzenie Zarządu w dniu 10 grudnia 1924.

Do przesłuchania w sprawie zatargu między dr. W. z L. a dr. B z C. zjawił się tylko dr. W.; po przesłuchaniu postanowiono, że pretensja dr. W. podpada pod kompetencję Sądów państwowych.

Następnie przesłuchano dr. H. i dr. F. z T. w sprawie zatargu między lekarzami, poczem powzięto i ogłoszono uchwałę, że dr. F., przyjmując posadę stałą w Kasie chorych wbrew uchwale zrzeszenia lekarzy tamtejszych, postąpiła niewłaściwie i że winna posadę tą wypowiedzieć w terminie ustanowionym w umowie; uznano postępowanie dr. H. względem dr. F. za ni-

właściwe; wreszcie postanowiono zalecić wszystkim lekarzom w T., aby przeprowadzili solidarną akcję celem wprowadzenia w Kasie chorych zasady wolnego wyboru lekarza.

Posiedzenie Zarządu w dniu 17. grudnia 1924.

Prezydjum Sądu Izby Naczelnej uprasza o nadesłanie projektu Prawideł co do sumienności (etyki) lekarskiej. Uchwalono opracować projekt po przestudjowaniu kodeksu dentologji lekarskiej, uchwalonego przez Izbę Wschodnio-Galicyjską w r. 1907 i przepisów poznańskich, istniejących w tym przedmiocie.

Prezydjum Sądu Izby Naczelnej nadsyła opinję co do żądania lekarzy sanockich, aby w zatargu ich z Zarządem Izby lwowskiej o rzekomo niewłaściwe postępowanie Zarządu w przedmiocie stosunku lekarzy sanockich do Kasy chorych wyłączono Sąd Izby lwowskiej. Sąd I. N. przytacza postanowienia ustawowe, z których wynika, że kompetentnym do orzekania w tej sprawie jest Sąd Izby lwowskiej. Uchwalono zażądać zwrotu aktów ze Sądu I. N. i przekazać sprawę Sądowi Izby lwowskiej.

Związek lekarzy drohobyckich prosi o udzielenie odpisu umowy, zawartej przez lekarzy sanockich z Kasą chorych przy Interwencji Izby. Żądanie to spełniono, dodając, że Zarząd Izby skłonny jest interwenjować także w Drohobyczu.

Zarząd Izby Krakowskiej nadesłał odpis reskryptu Gen. Dyrekcji Służby zdrowia, orzekającego, że Izba krakowska uchwałą z 7. X. 1924. w sprawie wynagrodzenia lekarzy więziennych przekroczyła zakres działania, i zarazem Zarząd Izby krakowskiej prosi o wyrażenie opinji. Tekst odpowiedzi ustalono.

Izba lekarska Poznańska prosi o opinję w sprawie następującej: W zatargu między prof. S., a dr. B. w Poznaniu Izba poznańska wezwała prof. S. do jawienia się w Zarządzie; na to dziekan Wydziału lek. zawiadomił Zarząd Izby, że prof. S. nie złoży zeznań w Izbie i że żaden członek Wydziału lekarskiego nie będzie brał udziału w posiedzeniach Izby. Uchwalono odpowiedzieć, że stanowisko Wydziału lekarskiego wobec zarządzeń Izby było sprzeczne z postanowieniami ustawy.

Przewodniczący komunikuje, że w dniu 16. XII. 1924. r. wziął udział w posiedzeniu w Towarzystwie Farmaceutycznem w sprawie specyfików. Uchwalono wnieść stosowny memorjał do Ministerstwa, który Zarząd Izby lek. poprze.

Na ponowne żądanie Urzędu Wojewódzkiego we Lwowie o opinji w sprawie projektu cennika lekarskiego uchwalono zakomunikować Władzy, jakie stanowisko w tej sprawie zajęła Rada Izby, która w dniu 2. XI. 1924 wyraziła zdanie, że ustanawianie taryfy lekarskiej nie jest wskazane; postanowiono dołączyć kopję pisma wystosowanego przez Zarząd do wszystkich Izb, gdyż zawiera ono uzasadnienie powyższej opinji Rady Izby.

Na zapytanie Urzędu Wojewódzkiego w S., jakie honorarja należy przyznawać w organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych lekarzom nieumówionym, uchwalono odpowiedzieć, że honorarjum przyjęte zwyczajem w danej miejscowości z odpowiednim opustem.

Następnie uchwalono, że Kasę emerytalną przy Lwowskiej Izbie lekarskiej wprowadzi się w życie z dniem 1 stycznia 1925. i powzięto decyzję co do szczegółów rozpoczęcia działalności Kasy.

Wreszcie powzięto decyzję w sprawie wysokości honorarjum w pewnym przypadku, w sprawie uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej przez lekarza nieposiadającego obywatelstwa polskiego i w sprawie zatargu dr. O. i dr. D. we Lwowie.

Wyrok Sądu Izby lekarskiej we Lwowie.

L. 68.

Dr. Joachim Meisels lekarz, zamieszkały we Lwowie ul. Bernsteina 11 a, winny jest, że udzielał swej firmy lekarskiej nieuprawnionemu technikowi dentystycznemu p. Jakóbowi Hüttowi, zamieszkałemu we Lwowie pl. Gołuchowskich l. 5. i nie zaniechał tego pomimo wezwania Izby lekarskiej z dnia 10 czerwca 1924 do L. 468/24. Czynem tym dopuścił się Dr. Joachim Meisels ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej, a szczególnie z § 18 lit. T. VII,. i zasądza się go za to po myśli art. 38 lit. C. ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2. XII. 1921 na karę trzeciego stopnia t. j. nagany, zaostrzoną ogłoszeniem tego wyroku w Polskiej Gazecie lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska, i na grzywnę w wysokości 250 zł.

Sąd Izby lekarskiej we Lwowie.

Dnia 23 stycznia 1925.

Sekretarz generalny: *Dr. Zion.* Przewodniczący Sądu: *Dr. Ignacy Zieliński.*

Wyrok Sądu Izby lekarskiej we Lwowie.

L 69.

Dr. Matylda Agidówna, zamieszkała we Lwowie ul. Sobieskiego 24, winna jest, że udzielała swej firmy lekarskiej nieuprawnionemu technikowi dentystycznemu p. Edmundowi Spinnerowi, zamieszkałemu we Lwowie, ul. Gródecka 85, i nie zaniechała tego pomimo wezwania Izby lekarskiej z dnia 10 czerwca 1924 do L. 452/24. Czynem tym dopuściła się Dr. Matylda Agidówna ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej, a w szczególności § 18, l. i VII., i zasądza się ją za to, po myśli art. 33 lit C. ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2. XII. 1921 na karę trzeciego stopnia tj. nagany, zaostrzoną ogłoszeniem tego wyroku w Polskiej Gazecie lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska, i na grzywnę w wysokości 250 zł.

Sąd Izby lekarskiej

Dnia 23 stycznia 1925.

Sekretarz generalny: *Dr. Zion.* Przewodniczący Sądu: *Dr. Ignacy Zieliński.*

Wyrok Sądu Izby lekarskiej we Lwowie.

L. 85.

Dr. Eugeniusz Konstantin, lekarz zamieszkały obecnie w Bukaczowcach ad Rohatyn, winny jest, że udzielał swej firmy lekarskiej nieuprawnionemu technikowi-dentystycznemu p. Maksymiljanowi Mohrowi, zamieszkałemu we Lwowie przy ul. Podlewskiego l. 9, i nie zaniechał tego pomimo wezwania Izby lekarskiej z dnia 10 czerwca 1924 do L. 456/24. Czynem tym dopuścił się Dr. Eugeniusz Konstantin ciężkiego przewinienia przeciw zasadom etyki lekarskiej, a szczególnie z § 18 lit. I. i VII. i zasądza się go za to po myśli art. 38 lit. C. ust. o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich z dnia 2. XII. 1921 na karę trzeciego stopnia t. j. nagany, zaostrzoną ogłoszeniem tego wyroku w Polskiej Gazecie lekarskiej z podaniem imienia i nazwiska, i na grzywnę w wysokości 100 zł.

Sąd Izby lekarskiej we Lwowie.

Dnia 23 stycznia 1925.

Sekretarz generalny: *Dr. Zion.* Przewodniczący Sądu: *Dr. Ignacy Zieliński.*

Korespondencje.

Częstochowa, w styczniu 1925 r.

Celem ożywienia zanadto teoretycznej, oderwanej od życia działalności Towarzystwa lekarskiego i większego zainteresowania członków, Zarząd Towarzystwa jeszcze w połowie roku ubiegłego wystąpił z inicjatywą urządzania posiedzeń klinicznych w szpitalach miejscowych. Myśl ta została życzliwie przyjęta przez ordynatorów szpitalnych i ogół kolegów. Uwzględniając warunki pracy lekarzy kasowych, uchwalono odbywać posiedzenia kliniczne w niedziele w godzinach popołudniowych i wieczornych. W ciągu 2 miesięcy odbyły się cztery posiedzenia w 3 szpitalach, na oddziale pedjatrycznym, chirurgicznym, wewnętrznym i ginekologicznym. Treścią posiedzeń są wyłącznie pokazy chorych i krótka dyskusja. O zainteresowaniu się niemi świadczy coraz liczniejsze grono uczęszczających. Ostatnio zebrało się przeszło 30 kolegów — fakt bardzo rzadki na posiedzeniach ściśle naukowych. Krótkie sprawozdania będą drukowane w Polskiej Gazecie lekarskiej.

Na skutek okólnika Departamentu Sanitarnego, z pośród członków Towarzystwa lekarskiego wybrano Zarząd Komitetu Sanitarno-lotniczego. Na przewodniczącego został powołany dr. L. Wasilewski. Zarząd zamierza powołać do swego grona przedstawicieli różnych warstw społeczeństwa miejscowego i rozwinąć jak najszerszą akcję celem zebrania funduszu na zakup samolotu sanitarnego.

Wszyscy członkowie Towarzystwa lekarskiego zobowiązali się wpłacać na ten cel 5 zł. miesięcznie.

Biblioteka publiczna im. dr. Władysława Biegańskiego, założona w 1917 r. z inicjatywy Towarzystwa Lekarskiego w celu uczczenia pamięci wielkiego lekarza, myśliciela i obywatela, w dniu 1 stycznia b. r. przeszła na własność miasta. Towarzystwo Biblioteki Publicznej im. Biegańskiego przez lat 7 borykało się stale z brakiem funduszów, jednakże, dzięki niezmordowanym wysiłkom zarządu oraz ofiarności poszczególnych instytucyj i osób, udało się zgromadzić przeszło 3000 tomów. Z chwilą przekazania Biblioteki miastu, zarządzać nią będzie kuratorjum, w skład którego, na mocy uchwały Rady Miejskiej, wchodzi również Prezes Tow. Lekarskiego.

Z pośród różnych instytucyj społecznych bardzo ożywioną działalność rozwinął w ostatnim czasie Częstochowski Oddział Polskiego Czerwonego Krzyża dzięki energji i sprężystości swego prezesa dr. Purskiego. Oddział wydzierżawił od rządu gmachy po byłej komorze celnej w Herbach (17 wiorst do Częstochowy) i otworzył schronisko, urządzone wzorowo, dla chłopców bezdomnych, sierót oraz dzieci, których rodzice zginęli podczas wojny bez wieści. Schronisko posiada również oddział dla dzieci nieślubnych i podrzutków. Przestrzeń wraz z budynkami, zajętemi pod Dom Wychowawczy, wynosi z górą 20.000 m^2, w tem $^3/_5$ przestrzeni zajmuje las szpilkowy Budynki, posiadające 87 sal i pokojów, zniszczone podczas wojny, zostały doprowadzone do porządku, wyposażone w pralnię, kąpiel natryskową, piekarnię i warsztaty rzemieślnicze. Dom wychowawczy posiada 15 miejsc etatowych. Schronisko ma własny szpitalik na 15 łóżek i kaplicę. Prelimi

narz budżetowy na 1925 r. przewiduje w dziale wydatków — 65.000 zł.

Pozatem Częst. Oddz Polsk. Czerw. Krzyża zajęty jest pracą przygotowawczą, związaną z działem mobilizacyjnym.

K. R.

Bł. p. dr. Leon KRZEMICKI.

I znowu przed kilku dniami oddaliśmy Ziemi, Matce jednego z najdzielniejszych wśród nas, Człowieka, który, wpatrzony w dobro społeczeństwa, nię szczędził mu ni czasu, ni trudu znojnego, Obywatela-Polaka, który w mundurze oficera bronił żołnierskiego zdrowia, a w najcięższych chwilach Ojczyzny niósł tam na froncie pomoc żołnierzowi, w chwilach zaś walki o jej granice oddawał Ojczyźnie skromnie i bez rozgłosu grosz zapracowany, by pomóc tej Ojczyźnie w odzyskaniu ziemi dawno utraconej, straciliśmy serdecznego Kolegę, który zawsze pogodny i życzliwy, wyrozumiały i dobry, niósł innym radę i podawał dłoń przyjazną.

Urodzony w roku 1872 w byłem Królestwie Polskiem ukończył tamże szkoły średnie, poczem udał się do Krakowa, by w Szkole Jagiellońskiej oddać się studjom lekarskim. Niedługo jednakże tam przebywał. Z powodu podejrzeń ze strony władz policyjnych o utrzymywanie stosunków rewolucyjnych z młodzieżą zakordonową zmuszony był do przeniesienia się na Uniwersytet w Gracu, gdzie też otrzymał dyplom doktorski. Czynna natura Krzemickiego brała współudział żywy w tamtejszych organizacjach studenckich. W r. 1898 przybywa Krzemicki do Lwowa i osiada w nim już na stałe. Jako młody lekarz zostaje asystentem w Zakładzie fizjologji, a następnie pracuje w Klinice dermatologicznej i specjalizuje się w chorobach skórnych i wenerycznych, którym już całkowicie się poświęca. Joko wierny syn Ojczyzny staje jeden z pierwszych w szeregach jej armji w r. 1918 i oddaje na usługi jej swą wiedzę, doświadczenie, zapał i jak najlepszą wolę. Widzimy Go też w szefostwie sanitarnym VI. armji, jako kierownika komisji zdrowotności, w której zorganizował i rozwinął żywą działalność na polu zwalczania chorób wenerycznych i zakaźnych. Nie szczędził ni pracy, ni zdrowia, docierając do najwięcej na front wysuniętych placówek, by nieść żołnierzowi polskiemu pomoc i pociechę. A kiedy strzały umilkły, propagował dalej zasady higjeny i walkę z wenerją jako podpułkownik-lekarz, objąwszy oddział w Szpitalu wojskowym. Idei walki z chorobami weneryczhemi nie zaniechał i dalej; po zdjęciu munduru zostaje inspektorem sanitarnym Województwa lwowskiego do r. 1922, po opuszczeniu zaś służby państwowej, terenem Jego działalności społecznej staje się Lwowskie Towarzystwo Higjeniczne. Jest jednym z pierwszych i głównych jego filarów. Jako referent Komisji odczytowej organizuje odczyty popularne, cieszące się uznaniem ogólnem, sam zaś, jako znakomity mówca, popularyzuje znakomicie żywem słowem hasło walki z chorobami wenerycznemi wśród tłumów słuchaczy. Jest jednym z inicjatorów popularyzowania higjeny zapomocą pióra; organizuje też »Bibljoteczkę higjeniczną« którą wydaje Książnica-Atlas. Wydaje też w niej znaną broszurę »O chorobach wenerycznych i Higjenie życia płciowego«.

Bł. p. Leon Krzemicki nie zaniedbał także pracy naukowej, z szeregu prac wymienić należy pracę »O chylurji«, a nie tak dawno ukazał się Lipschütza i Krzemickiego »Atlas bakterjologiczny chorób wenerycznych«. Niedokończył też pracy, prowadzonej od szeregu lat nad lasecznikiem twardzieli i lasecznikami jemu pokrewnemi, pracy, której bogaty materjał pozostał w rękopisie. Jeszcze niedługo przed śmiercią mówił, że chętnieby oddał materjały te do zużytkowania temu, kto zająłby się tematem powyższym.

Prawo natury zabrało Go przedwcześnie, bo w pełni pracy wytrwałej i ofiarnej, brak Jego — to naprawdę ubytek niełatwy do zapełnienia - zwłaszcza w czasach, gdy do wytrwałej a cichej pracy nie wielu się znajdzie. Odczuje też ten brak szczególnie Tow. Higjeniczne, którego Krzemicki był wiceprezesem.

Niechże tych kilka słów wspomnienia, poświęconych człowiekowi o charakterze czystym, o kulturze ducha niecodziennej, obywatelowi i szczeremu polakowi, koledze i niestrudzonemu współtowarzyszowi w pracy, będzie uznaniem i pożegnaniem ostatniem.

Witold Nowicki.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VI. posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 27 b. m. o godz. 6-tej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) Wykład kol. prof. Wł. Dzieżyński: »**Mechanizm czynności ośrodków ruchowych na podstawie ich rozwoju filogenetycznego i ze stanowiska klinicznego**«.

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Wilno.

Walne Zebranie Towarzystwa lekarskiego Wileńskiego odbyło się dnia 12 grudnia 1924 roku. Po złożeniu sprawozdania z czynności za rok ubiegły przez ustępujący Zarząd, dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1925, w skład którego weszli: Prezes prof. dr. K. Opoczyński; wiceprezesi: dr. M. Minkiewicz i dr. O. Załkindson; sekretarze: prof. dr. St. Trzebiński i dr. E. Czarnecki; skarbnik: dr. W. Bujalski; bibljotekarz: dr A. Safarewicz; komisja rewizyjna: dr. B. Hłasko, dr. Z. Zawadzki i dr. A. Wirszubski.

Francuski Zjazd Okulistyczny, urządzony przez Francuskie Towarzystwo Okulistyczne, odbędzie się w roku 1925 w Brukseli. Francuskie Towarzystwo Oftalmologiczne zwraca się do polskich okulistów z wezwaniem o przybycie jak najliczniejsze na Zjazd celem zaznaczenia wspólności dążeń obu narodów w pracy na polu naukowem. Francuscy i belgijscy okuliści z całą serdecznością zapraszają kolegów polskich na ten zjazd naukowy. Temat główny — leczenie jaskry dziecięcej. Zjazd odbędzie się od 9 do 14 maja. Wpisowe: 15 fr. francuskich. Po szczegóły uprasza się zgłaszać do prof. Szymańskiego w Wilnie, delegata Fr. Tow. Oftalm. na Polskę, lub wprost do sekretarzy zjazdu dr. René Onfray 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris — VIII, albo dr. M. Danis, 7, rue Montoyer, Bruxelles.

Warszawa.

O akcję budowlaną. Na posiedzeniu Wydziału Higjeny miast i wsi Tow. Higjenicznego uchwalono powołać Komitet, któryby opracował memorjał w sprawie ruchu budowlanego, przedłożył go władzom, wydrukował i rozpowszechnił jak najszerzej.

Zmarli:

Dr. Leon Krzemicki ppułk. W. P. w rezerwie, wiceprezes Lwow. Tow. Higjenicznego, członek polikliniki zmarł w 52 r. życia we Lwowie.

Sprostowanie.

W pracy dr. Hilarowicza w Nr. 4. 1925 »W sprawie pochodzenia przepuklin jajnikowych« nie zostało umieszczone następujące objaśnienie załączonej tamże ryciny.

Schematyczne przedstawienie różnicy stosunków w przypadku pierwszym z opisanych (A) oraz w przypadku przepukliny przydatków nabytej (B). Os otrzewna ścienna, Wp worek przepuklinowy, M macica, I jajnik, T trąbka, Wj więzadło jajnikowe, K krezka jajnikowa.
